

基発 0630 第2号
平成23年6月30日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公 印 省 略)

労災診療費等の審査点検等事務取扱手引について

労災診療費等の審査点検業務については、平成23年7月から労働局単位で順次外部委託を廃止し国に集約化することとしているが、集約化後における審査点検業務については、下記の事務取扱手引によることとしたので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

- 1 労災診療費審査点検等事務取扱手引
- 2 労災薬剤費審査点検等事務取扱手引
- 3 アフターケア委託費審査点検等事務取扱手引
- 4 二次健康診断等費用審査点検等事務取扱手引
- 5 労災訪問看護費用審査点検等事務取扱手引

労災診療費審査点検等事務取扱手引

(平成23年度版)

厚生労働省労働基準局

労災診療費審査点検等事務取扱手引

目 次

凡 例	-----	1
I 労災診療費業務の概要	-----	2
1 労災保険制度の目的	-----	2
2 療養の範囲	-----	2
3 給付方法	-----	3
4 診療費請求書等審査点検業務の流れ	-----	5
II 診療費請求書等受付業務	-----	6
1 診療費請求書等及び療養（補償）給付請求書等の提出先	-----	6
2 受付印押印	-----	6
3 受付後事務処理	-----	7
4 療養の給付請求書送付処理	-----	10
5 審査前入力及び受付簿の作成処理	-----	11
6 診療費請求額の情報提供	-----	12
III 審査点検業務	-----	13
審査点検の流れ	-----	13
1 審査点検	-----	13
2 審査点検後事務処理	-----	14
3 審査点検の検証	-----	15
4 変更時の情報提供	-----	16
IV 審査委員会に係る業務	-----	17
1 基本方針	-----	17
2 審査委員会	-----	17
3 審査後処理	-----	18
V 審査点検後処理	-----	19
1 審査後入力処理	-----	19
2 不支給・保留等処理	-----	20
3 支払額の確認	-----	21
4 診療費支払額の情報提供	-----	21
5 レセプト管理システム入力処理	-----	21
6 編綴	-----	21
VI その他	-----	22
1 その他の事務処理	-----	22
2 請求書等の管理・保管	-----	22
VII 様式集	-----	23

凡 例

○ 本手引の用語等の引用については、概ね次の略語を用いた。

略称	名 称 等
受付簿	診療費請求書等受付簿
内訳書・レセプト	診療費請求内訳書の呼称
給付キー	労働保険番号、労働者の生年月日、傷病年月日等又は年金証書の番号をまとめた呼称
指定医療機関等番号	指定病院等の番号
指定医療機関	労働局長と指定契約を結んでいる病院、若しくは診療所
指定病院等	労災病院（せき損センター、総合リハビリテーションセンターを含む）又は労働局長から指定を受けている病院若しくは診療所
指定医療機関等	労災病院（せき損センター、総合リハビリテーションセンターを含む）又は労働局長から指定を受けている病院、診療所、薬局及び訪問看護事業者等の呼称
指定病院等変更届	療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届
審査委員会	労災保険診療費審査委員会、労災診療費指導委員会、労災保険医療協議会、労災保険諮問委員会等の呼称
診療費請求書・請求書	労働者災害補償保険診療費請求書
診療費請求書等	労働者災害補償保険診療費請求書及び診療費請求内訳書をまとめた呼称
請求書グループ	請求書及び内訳書の束の呼称
療養（補償）給付	業務災害に関する療養補償給付と通勤災害に関する療養給付をまとめた呼称
レセプト管理支援機器（レセプト管理システム）	支払済の請求書等をイメージ情報として保管・管理するシステムの呼称

I 労災診療費業務の概要

1 労災保険制度の目的

労災保険制度の目的は、業務災害及び通勤災害を被ったことにより損失した傷病労働者の労働能力の回復及び損害の填補を図り、これらの者を早期に社会復帰させるとともに、さらに労働災害を未然に防止し、労働者の福祉の増進を図ることにある。

そこで、労災医療としては、傷病労働者の負傷、疾病をできる限り早く治し、できる限り後遺症を残さないよう治療を施し、傷病労働者の早期職場復帰を図る必要がある。さらに、労災保険では、積極的に身体機能の回復を図り、傷病労働者の早期社会復帰を促進するため「リハビリテーション医療」を積極的に推進する。

2 療養の範囲

労災保険において給付される療養（補償）給付の範囲については、労災保険法第13条・第22条に、「①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護、⑥移送」であって、政府が必要と認めるものに限る旨定められている。

これは、すべての傷病について療養の給付の範囲を具体的に定めることが不可能なことからきているものであるが、「政府が必要と認める」ものの範囲については、一般的には、「療養上相当と認められるもの」とされている。これをさらに具体的に述べると、個々の傷病について身体機能の回復、填補を図るために必要な療養であるかどうかによって判断されることになり、さらには、当該療養の効果が現在の医学上一般的に認められているもの、いいかえれば治療手段として確立しているものでなければならないとされている。したがって、医学上一般的に認められていない新療法や新薬、又は実験段階や研究過程にあるようなもの、あるいは特殊な療法等は療養の範囲に含まれない。

また、疾病に対する予防的な措置や特殊な治療方法を施してその治療効果がたまたま認められたとしても、当該治療方法の効果が医学上一般的に是認されていないものは療養（補償）給付の対象とはならない。

このようなことから、労災保険における療養の範囲は、量的にも質的にもわが国の医学水準の進歩と密接な係わり合いを有している。一般的には傷病に対する治療方法やその範囲については、健康保険においてそのほとんどが網羅されていると

ころから、実際面では、労災医療における療養の範囲は、健康保険における取扱いに準拠している。ところが現実には、労災保険と健康保険ではその給付の内容や範囲が異なる点が少なくなく、両者の制度としての性格及び目的に由来して、労災保険のほうがはるかに充実した内容である。

すなわち、その目的において健康保険は他の社会保険と同様に国民の相互扶助の精神に基づいて被保険者の最低生活に必要な所得を保障する医療保険であり、このため負傷や疾病に対して行われる医療給付についてもこれら私傷病を治すための適正診療を目的にしており、また、それが同保険の給付の限度であるとされている。これに対して労災保険は、使用者の支配管理下において生じた労働者の業務災害について、労働基準法によって義務づけられている使用者の個別災害補償責任を保険というシステムで代替する役割を有する責任保険であり、業務災害によって損失した労働者の稼得能力の回復、填補を目的としているため、労災医療は被災労働者の傷病をできる限り早く治ゆへ導き、かつ、後遺症の軽減を図り、負傷や疾病を受ける前の原職場か、できる限り有利な職場に復帰させる事を最終の目的として給付が行われる。したがって、その治療方法等も単に傷病労働者の健康の回復を図るだけでは、業務上の傷病に対する医療給付としては不十分と考えられ、さらに積極的に稼得能力の回復を図るための治療手段が講じられる。このような理由から、労災保険における療養の範囲は健康保険と比べてその特殊性を加味して広く定められている。

3 給付方法

労災保険における療養（補償）給付は、労災保険法第13条・第22条において「療養の給付」が原則とされており、例外的な取扱いとして「療養の費用」の支給を行う。「療養の給付」は、保険者である政府が、傷病労働者の請求に応じて直接「療養の給付」を実施するもので、つまり医療の現物給付のことである。

この政府が直接傷病労働者に行う「療養の給付」は、労災病院又は指定医療機関、指定薬局、指定訪問看護事業者において行われることになっており、これらの指定病院等において療養の給付を受けることになる傷病労働者は、自ら費用負担をすることなく必要な治療その他の医療を受けることができる。

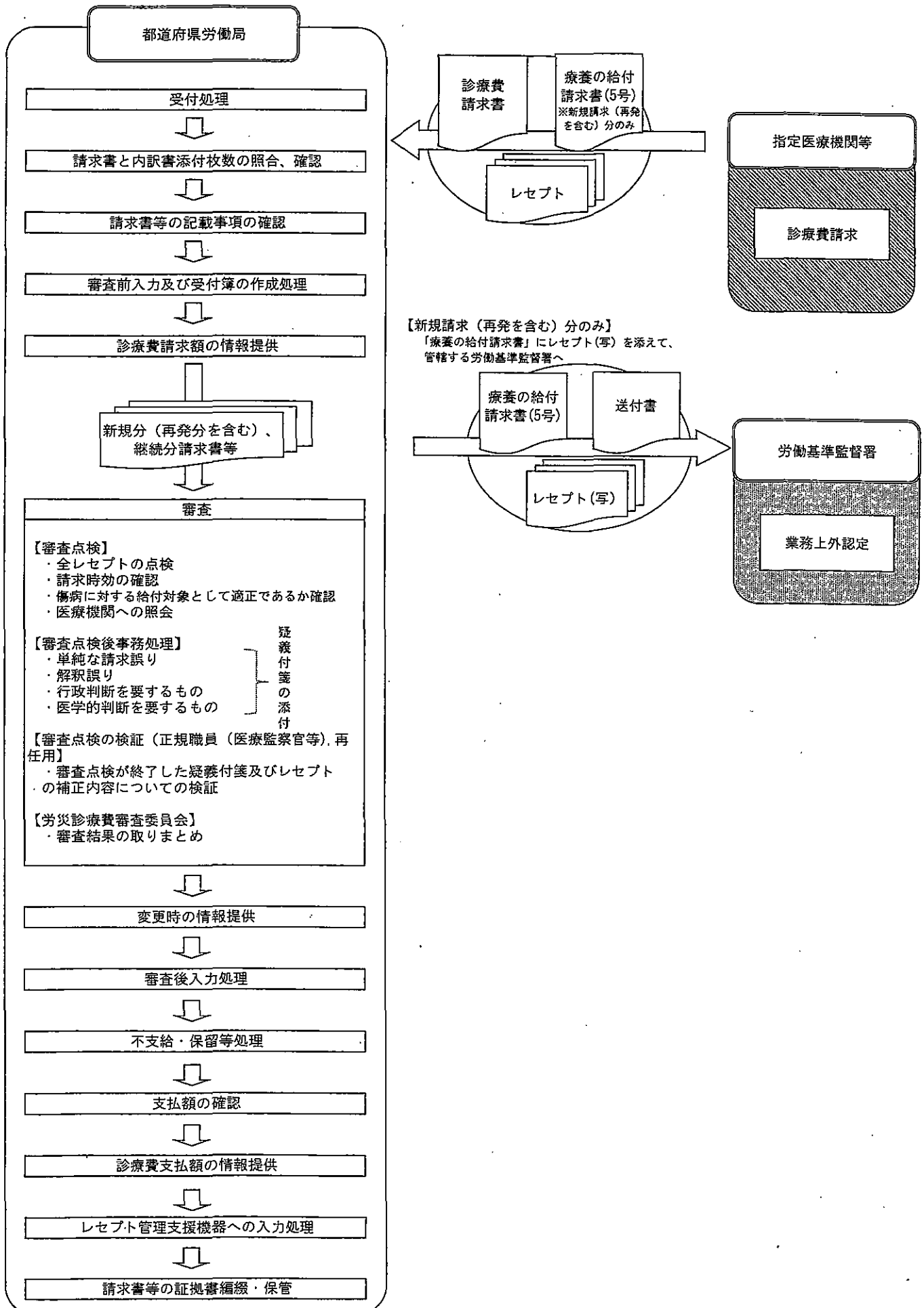
これとは反対に「療養の費用」の支給は、傷病労働者が療養に要した費用をいったん立替えて支払を行い、その費用相当額を労災保険へ請求して現金により補償される。「療養の費用」が支給されるのは、「療養の給付」を行うことが困難な場合のほか、「療養の給付」を受けないことについて労働者に相当の理由がある場合

である（労災保険法施行規則第11条の2）。

具体的には、①傷病労働者の会社の所在地や居住地域等にたまたま指定病院等が存在しなかった場合、②傷病労働者の症状が特殊な医療技術や設備を必要とするため最寄りの指定病院等にこれらの条件を満たす医療機関がなかった場合や、あるいは突発的な災害により負傷し、緊急に診療を受けなければならないため最寄りの指定病院等以外の医療機関へ受診した場合等である。

そのほか、看護、移送、柔道整復師の施術、はり師・きゅう師の施術、あん摩マッサージ指圧師の施術、治療用材料及び装具の支給等がある。したがって、現金給付である「療養の費用」は、あくまでも「療養の給付」が果たすことのできない役割を補完するものであり、傷病労働者に現物給付との選択の自由を与えたものではない。

4 診療費請求書等審査点検業務の流れ



Ⅱ 診療費請求書等受付業務

1. 診療費請求書等及び療養（補償）給付請求書等の提出先

- (1) 診療費請求書等は、初回請求分、継続分及び再発分並びに被災労働者の所属事業場の都道府県内外を問わず、指定医療機関等の所轄労働局長あて提出させること。
- (2) 被災労働者が指定医療機関等を初めて受診する場合には、指定医療機関等に対し被災労働者の所属事業場の所轄監督署長あての「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（様式第5号又は様式第16号の3）（以下「療養の給付請求書」という。）」が提出されるので、診療費請求書等に添付し、指定医療機関等の所轄労働局を経由して提出させること。
- また、他の指定医療機関等から転医した場合には、被災労働者からは「療養（補償）給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届（様式第6号又は第16号の4）（以下「指定病院等変更届」という。）」が提出されるので、変更後初めての診療費の請求の際に、診療費請求書等に添付し提出させること。
- (3) 診療費請求書の作成単位は、初回分（再発分を含む。）の請求については監督署ごとに、また、継続分の請求については、全てを一枚の診療費請求書にまとめて作成させ、この場合、診療費請求内訳書は短期給付の業務災害、通勤災害、傷病（補償）年金の業務災害、通勤災害の順とさせること。

2. 受付印押印

指定医療機関等から診療費請求書等が提出された場合、所定の受付日付印を請求書の受付印欄に押印し、請求書の「②※受付年月日」欄にボールペン等で受付年月日を記入すること。

なお、診療費請求書等が、提出締切日である毎月10日（閉庁日の場合は先送り。）を過ぎて提出された場合は、原則として翌月の審査案件とすること。

受付日付印は、請求書等の時効期限等に関して重要な意味を持つので、請求書等が提出された場合は、記載内容の不備の有無に関わりなく直ちに押印すること。

3. 受付後事務処理

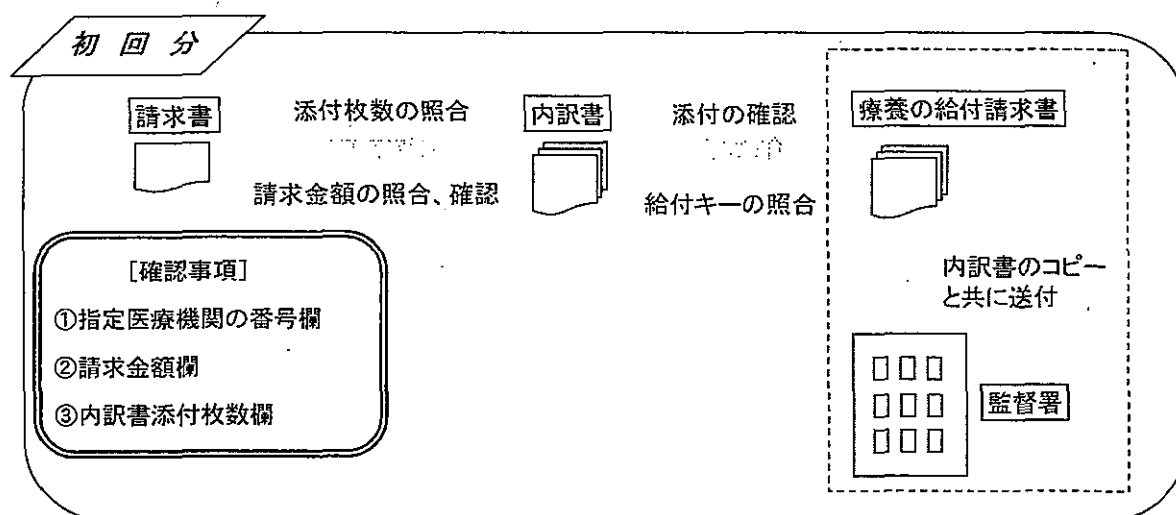
(1) 請求書と内訳書添付枚数の照合、確認

ア 初回分（再発分を含む。）

請求書、内訳書及び療養の給付請求書が提出されるので、請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数の照合並びに療養の給付請求書の確認を行うこと。
療養の給付請求書が未提出のものは、提出の指導を行うこと。

療養の給付請求書の種類（初診時）

業務災害 療養補償給付たる療養の給付請求書〔様式第5号〕
通勤災害 療養給付たる療養の給付請求書〔様式第16号の3〕



イ 2回目以降分

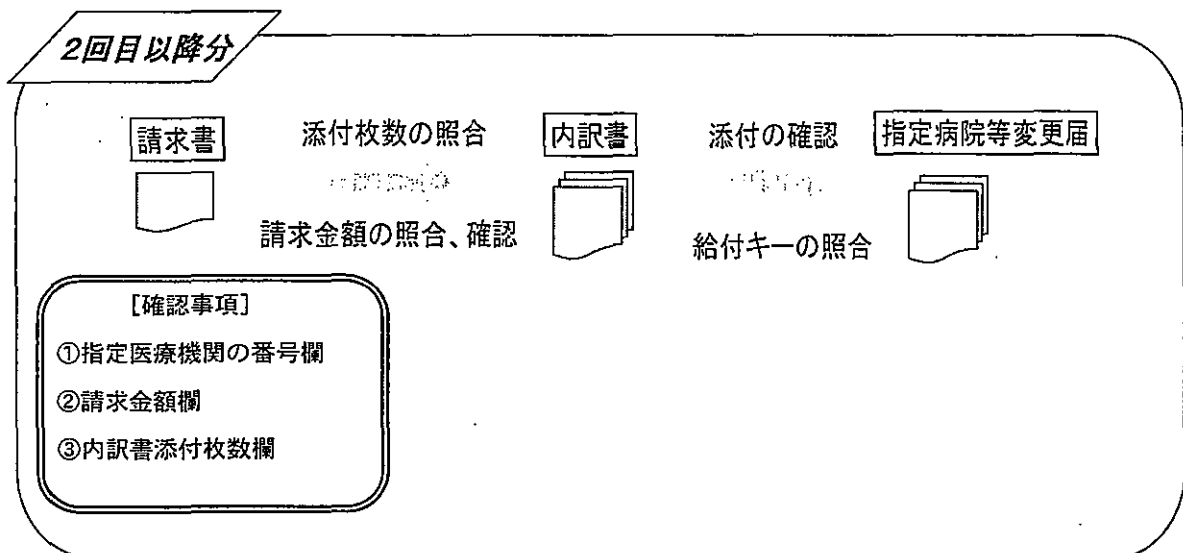
請求書、内訳書（転医等の場合は「指定病院等変更届」）が提出されるので、請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数を照合すること。

なお、転医始診や傷病（補償）年金への移行の場合は、「指定病院等変更届」の添付が必要であることから、同変更届の添付の有無を確認し、記載内容の照合を行うこと。

指定病院等変更届の種類（転医時）

業務災害 療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届〔様式第6号〕

通勤災害 療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届〔様式第16号の4〕



(2) 請求書等の記載事項の確認

ア 請求金額の確認

請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑨合計額」欄の合計が一致しているか否かを照合、確認すること。

また、このとき¥記号の記入もれについても確認すること。

イ ア以外の記載に係る確認

請求書

- (ア) 請求人の欄（記名押印又は署名）にもれがないか、確認すること。
- (イ) 「①指定病院等の番号」と指定医療機関等の名称（「請求人（病院又は診療所）の名称」欄）について指定医療機関台帳等（「様式 551 労災指定病院等台帳」や「局独自で作成している一覧表等」）と突合すること。
- (ウ) 「⑤請求年」、「⑥請求月」が「②※受付年月日」と同一年月になっていないか等、日付の整合性を確認すること。
- (エ) 「④内訳書添付枚数」がレセプト枚数と一致しているか確認すること。

内訳書

- (ア) 新継再別、労働保険番号又は年金証書の番号、生年月日、傷病年月日等の記入にもれがないか確認すること。
新継再別については、指定医療機関等への初診時には「1」（新規）となり、指定医療機関等から指定医療機関等への転医時には「3」（転医始診）となるので、「療養の給付請求書」又は「指定病院等変更届」が添付されているか確認すること。
- (イ) 「⑩療養期間」における療養始め年月日が、「⑦傷病年月日」以前となっていないか確認すること。
- (ウ) 「⑪診療実日数」が「⑩療養期間」の暦日数を超えていないか確認すること。
- (エ) 新規レセプトの給付キーは、「療養の給付請求書」により必ず確認すること。
- (オ) 2回目以降のレセプトの給付キーについては、転医始診や傷病（補償）年金への移行の場合のみ、「指定病院等変更届」により必ず確認すること。

(3) 不備返戻について

請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と添付されたすべての内訳書の「⑨合計額」欄の合計が一致しないもの、記名であるにもかかわらず請求人印・証明印等がもれているもの、請求内容の著しい誤り等補正し難いものは、「請求書等不備返戻整理簿（以下「返戻整理簿」という。）」（医第4号）に記入し労災補償課長の決裁を受け、「請求書等の内容の不備返戻について」（医第3号）を請求書等に添えること。

その際、請求書等と「請求書等の内容の不備返戻について」の写しを処理が完結するまで保管すること。

処理が完結した際は、返戻整理簿に労災補償課長の決裁を受けること。

(4) 補正について

請求書に記載された内訳書の添付枚数が一致しないもの、請求書・内訳書の内容以外の軽微な記載誤り等、電話照会等によって補正（差し替えを含む。）ができるものについては、返戻することなく、指定医療機関等の了解を得た上で補正し、不備返戻はできる限り行わないようにすること。

電話照会等により補正が行われた際には、各該当用紙の余白に「確認月日、指定医療機関等担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

4. 療養の給付請求書送付処理

(1) 療養の給付請求書と内訳書の給付キーの照合を行うこと。

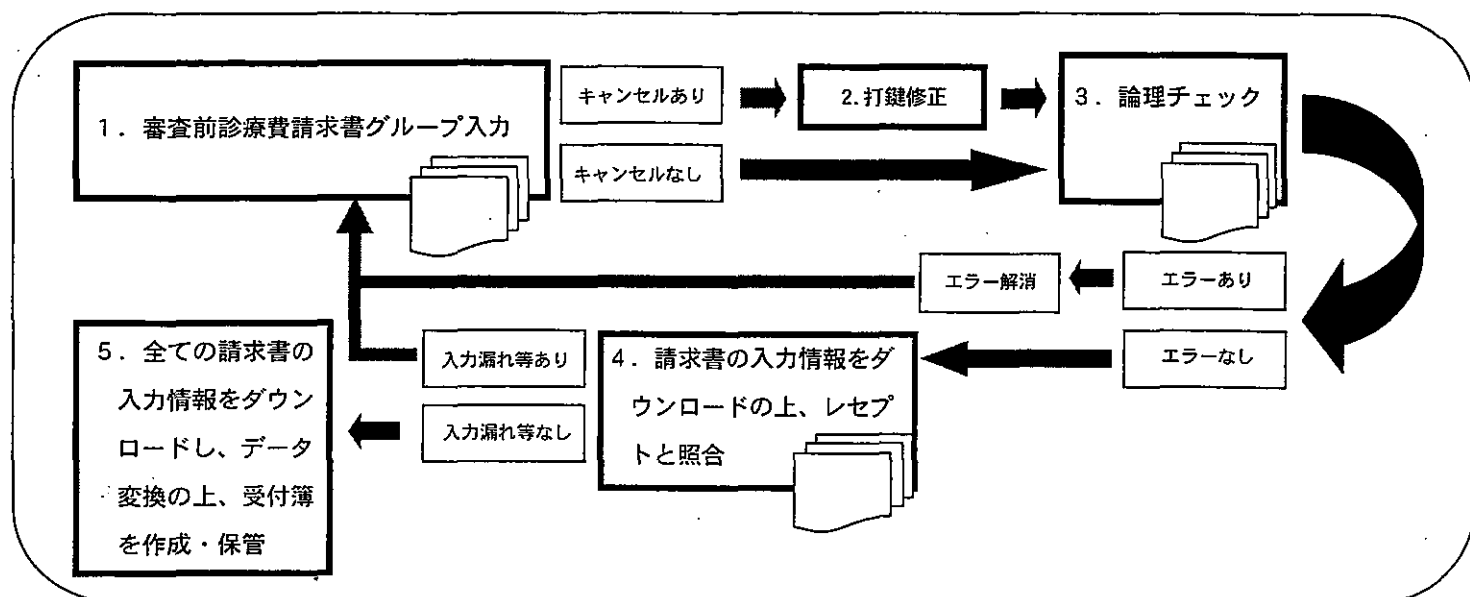
照合の結果、記載誤り等がある場合には、電話照会等により指定医療機関等の了解を得た上で、必要な補正を行うこと。

(2) 療養の給付請求書に内訳書（初回分）の写しを添付の後、送付先の監督署ごとに区分し、年度又は月を通じての「送付番号」（管轄内は監督署毎の一連番号、管轄外の監督署は一括して一連番号を可とする。）を付した「療養の給付請求書送付書（以下「送付書」という。）」（医第5-1号又は5-2号）に添付し、被災労働者が所属する事業場の所轄の監督署へ送付すること。

なお、送付書は写しを作成し保管すること。

送付書〔医第5-2号〕を使用する場合は、療養の給付請求書に対応する内訳書を特定するために、各々に同一の番号を付すこと。

5. 審査前入力及び受付簿の作成処理



(1) 審査前診療費請求書グループ入力

指定医療機関等から提出された診療費請求書及び診療費レセプトを、労働基準行政情報システム・労災行政情報管理システムのFat クライアントに次の手順で入力すること。

ア Fatクライアントのメニューから「労災保険関連」、「診療費請求書等入力処理」、「審査前診療費請求書グループ入力処理」を順に選択すると「審査前診療費請求書グループ入力処理」画面が表示される。

イ 請求書グループ単位で入力する。

なお、本処理の対象帳票は次のとおり。内訳書の続紙や指定病院等変更届等は入力前に請求書グループから除くこと。

入力帳票名	帳票種別	入 力 条 件
診療費請求書	3 4 7 0 0	請求書グループの先頭に入力する。
診療費レセプト	3 4 7 0 2 ~ 3 4 7 0 9	診療費請求書に引き続き入力する。

(ア) 請求書グループを入力する場合は、同一請求書グループ内に、診療費レセプトと薬剤費レセプトが混在していないことを確認すること。

(イ) 請求書グループは、請求書・レセプトの順とすること。

(2) 電文構成によるキャンセル発生時

字種エラー、桁オーバー等の電文構成によるキャンセルが発生した場合には、打鍵により修正を行うこと。

(3) 論理チェックにおけるエラー発生時

治ゆ後請求等の論理チェックによるエラーが発生した場合は、エラーリストが出力されるので、修正を行った上で、請求書グループ単位で再入力すること。

(4) 論理チェック完了後のレセプト照合

ア 論理チェックにおいてエラーのない請求書グループは、ダウンロードにより入力情報を出し、出力した紙媒体に印字された入力項目とレセプトの各項目を照合すること。

イ レセプトとの照合の結果、入力漏れ等があれば、取消等した上で、該当する請求書グループ単位で再入力すること。

(5) 診療費請求書の受付簿の作成・保管

当月分の診療費請求書とレセプトとの照合が全て終了した場合は、全ての請求書の入力情報をダウンロードし、データ変換の上、診療費請求受付データを印書して受付簿とすること。

なお、受付簿は指定医療機関の昇順に、請求月単位に編綴すること。

(6) 上記(1)～(5)の、診療費請求書等の入力締切日については別途示すこととする。

6. 診療費請求額の情報提供（本省業務）

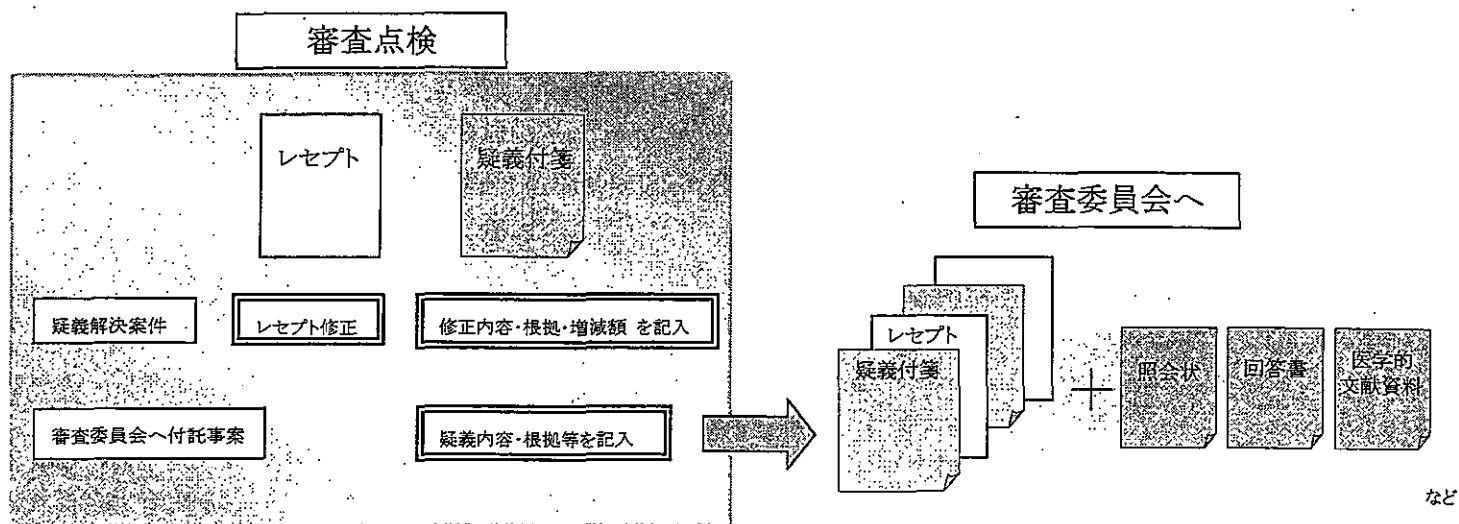
本省労災保険業務課は、労働局における上記5の審査前入力を完了した後、補助対象事業者である労災診療被災労働者援護事業者に対し、上記5の(6)の締切日の翌開庁日に、全国の援護事業契約医療機関の診療費請求額の情報を一括して提供する。

したがって、審査前の診療費請求額の情報については、労働局において特段の対応を行う必要はない。

ただし、後記Ⅲの4に記すとおり、審査点検の過程において変更があった場合には、労働局において労災診療被災労働者援護事業者に情報提供する必要があるので留意すること。

Ⅲ 審査点検業務

審査点検の流れ



1. 審査点検

(1) 全レセプトの「全項目」について審査点検を行うこと。

(2) 請求時効の確認を行うこと。

診療費の請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって3年とされているため、診療日の属する月の翌月の初日から起算して3年を経過した診療費については、請求権を失うこととなる。

よって、請求書の受付印と内訳書の「⑩療養期間」とを照合し、請求期限を過ぎていていると思われるものについては、指定医療機関等に確認すること。

(3) 審査点検において、以下の事項に疑義がある場合には、監督署長に調査を促す等必要な照会を行うこと。

ア レセプトに記載されている傷病の部位及び傷病名が、業務上の災害及び通勤災害によるものとして妥当であるか。

イ 療養中にレセプトへ追加記載された新たな傷病等が、私病によるものではなく、原傷病、業務上の災害又は通勤災害によるものとして妥当であるか。

ウ 傷病名、傷病の程度、療養経過を踏まえ、療養の内容等から症状固定に該当する可能性があるか否か。

エ 傷病が再発である場合に、再発として認められる傷病の部位及び傷病名か。

(4) 指定医療機関等への電話による照会

簡易な事項から医学的な事項を含め、まとめて照会すること。

照会の結果、補正を行う際には、各該当用紙の余白及び疑義付箋に「確認月日、医療機関担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

なお、指定医療機関等に対する電話照会に当たって、医学専門的な事項に関する照会の場合は労災医療について相当程度の知識と経験を有する担当者が行う等、相手方との無用なトラブルが起こらないよう配慮すること。

2. 審査点検後事務処理

(1) 疑義事項の全てについて疑義付箋を作成すること。

(2) 疑義が解消した場合には、平成 21 年 2 月 20 日付け基労補発第 0220003 号「労災診療費に係る重点審査について」（以下「重点審査通達」という。）等に基づき、以下のとおり疑義付箋及びレセプトに正しい内容を記載すること。

単純な請求誤り . . . 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係るものについては、疑義付箋〔医第 6－1 号又は 6－3 号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

解釈誤り . . . 労災診療費算定基準に明確な算定要件が記載されている場合に、その要件の解釈を誤って算定しているものについては、疑義付箋〔医第 6－1 号又は 6－3 号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

行政判断を要するもの . . . 1 の (3) に係るもの及び労災診療費算定基準の算定要件について個別の行政判断によって結論を出すものについては、疑義付箋〔医第 6－1 号又は 6－3 号〕に、疑義内容、根拠等を記入すること。

医学的判断を要するもの . . . 労災診療費算定基準の算定要件について医学的判断を要する事案で、診療費審査委員会等の意見を求めて結論を出すものについては、疑義付箋〔医第 6－2 号又は 6－3 号〕に、疑義内容、根拠等を記入すること。

疑義付箋記入の際の留意事項

- ① 疑義とした根拠を明確に記載すること。
- ② 必要に応じ、根拠とした資料、本の名称、頁等を記入すること。
- ③ 単純な請求誤り及び解釈誤りによるものは正しい内容を記載するが、その際必要に応じて計算式を記入すること。
- ④ 短文で簡潔にもれなく記入すること。

- (3) 診療費請求内訳書の審査の結果、当該労働者について症状固定等療養の給付を行う必要性に疑義が生じたときは、速やかに所轄監督署長に連絡すること。

3. 審査点検の検証

上記2の疑義付箋及びレセプトの補正内容については、重点審査通達等に基づき正規職員（医療監察官等）及び再任用職員による検証を行うこと。

- (1) 「単純な請求誤り」及び「解釈誤り」については、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕の審査点検内容、根拠、増減額等を確認するとともに、レセプトに正しい内容が記載されているか検証すること。

なお、誤り等がある場合には疑義付箋に赤字等で修正を行うとともにレセプトに改めて正しい内容を記載すること。

- (2) 「行政判断を要するもの」については、内容を検証し、必要に応じて疑義付箋に指示内容を記載すること。

調査等が必要な事案については、労働局で行うものと監督署で行うものとに整理し、速やかに照会等を行うこと。

- (3) 「医学的な判断を要するもの」の中から、審査委員会に諮る事案を選定すること。

- (4) 指定医療機関等への文書による照会

ア 文書により照会する場合は、提出期限を定め、照会状（「請求内容の照会について」〔医第7－1号〕又は「診療内容等の照会について」〔医第8－1号〕）により行うこと。この際、「指定医療機関等への照会整理簿（以下「照会整理簿」という。）」〔医第10号〕に必要項目を記入の上、併せて、

労災補償課長の決裁を受けた上で照会を行うこと。

その際、送付した照会状の写しと該当事案のレセプトの写しを、照会整理簿に編綴すること。

イ 照会に対する回答を得た場合は、照会整理簿に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けること。

ウ 指定医療機関等からの回答が提出期限を過ぎても得られない場合は、適宜、電話にて督促を行うとともに、経過について疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕及び照会整理簿に記入する。これによっても提出が得られない場合は、労災補償課長の決裁を受けた上で、「請求内容の照会について（督励）」〔医第7－3号〕又は「診療内容等の照会について（督励）」〔医第8－3号〕により行うこと。

4. 変更時の情報提供

審査点検の過程において、援護事業契約医療機関の診療費請求書において、変更があった場合には、労災診療被災労働者援護事業者に対し、情報提供を行う。

なお情報提供の対象及びその方法については、別途示すこととする。

IV 審査委員会に係る業務

1. 基本方針

- (1) 審査委員会は、毎月月末に原則として労働局の会議室で開催すること。
- (2) 審査委員会に諮る事案は、委員による医学的な判断が必要とされる事案及び医学的な判断による査定に対し医療機関から再度の意見が示された事案とすること。
- (3) 審査は、委員単位で専決とする。ただし、医療機関から再度の意見が示された事案及び高度な医学的判断を要する事案に限り、必要に応じて複数の委員による審査を行っても差し支えない。
- (4) 委員の専門分野を踏まえた事案の割り振りを的確に行うこと。

2. 審査委員会

(1) 疑義内容の伝達

レセプト及び疑義付箋〔医第6－2号又は6－3号〕を、審査委員会の委員（以下「委員」という。）に手交すること。

なお、審査実施中に各委員より疑義内容について照会があった場合は、速やかに説明を行うこと。

(2) 指定医療機関等への照会

委員の指示により指定医療機関等に照会する必要が生じた事項については、照会内容、根拠等を明確にした上で、以下により、指定医療機関等に対し照会を行うこと。

ア 事実確認等簡易な事案については、電話により照会を行う。この際、照会内容、根拠、結果については、疑義付箋〔医第6－2号又は6－3号〕に記入すること。

なお、照会に対する指定医療機関等からの回答が審査委員会の開催中に得られなかった場合は、疑義付箋〔医第6－2号又は6－3号〕にその旨を記載の上、再度、審査委員会に付託する事案として取り扱うこと。

イ 上記アによれない場合又は文書による回答等が必要な事案については、文書に

より照会を行うこと。

具体的には、上記「Ⅲの３の（４）指定医療機関等への文書による照会」により行うこと。

（３） 議事録の作成

委員による合同審査、審議の場合は、議事録を作成する。また、その場合、審査結果の疑義付箋〔医第６－２号又は６－３号〕への記入は、原則として審査委員会の座長が行うこと。

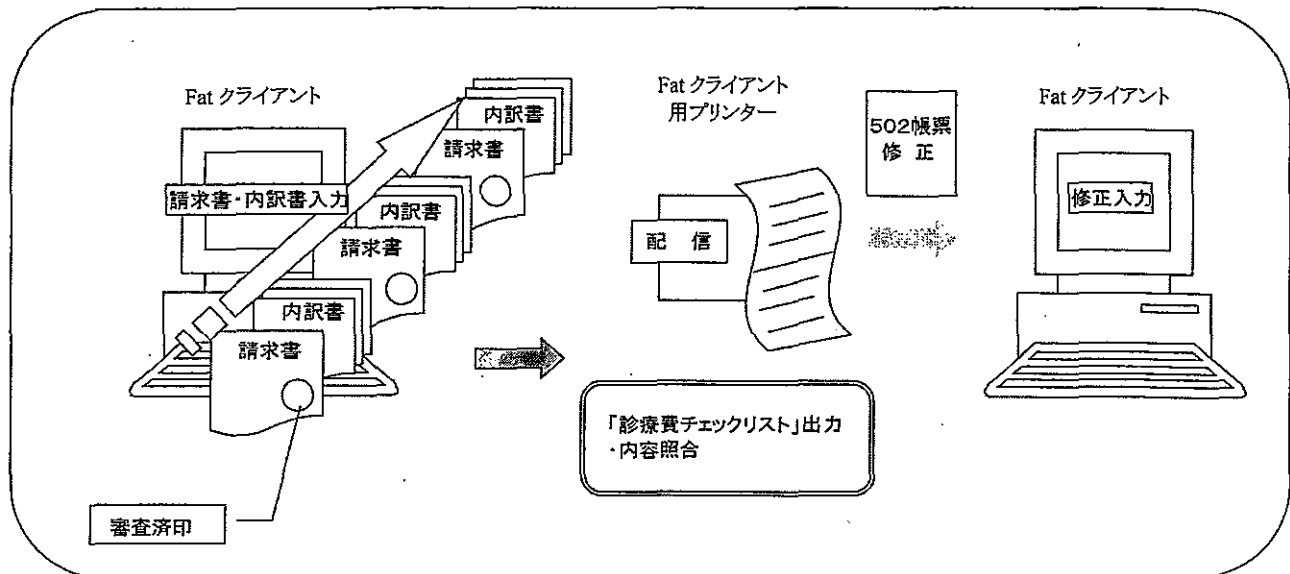
（４） 審査委員会終了後、疑義付箋〔医第６－２号又は６－３号〕に委員の確認印等がないものについては、確認印等を依頼すること。

3. 審査後処理

疑義付箋〔医第６－１号又は６－３号〕の増減額の修正を行った上で、レセプトに査定の内容を記入すること。

V 審査点検後処理

1. 審査後入力処理



(1) 審査後入力の決裁

審査後入力を行う診療費請求書等について、労働基準部長が審査後入力確認書（医第11号）を用いて決裁を行うこと。

(2) 請求書に審査済印を押印すること。

(3) 審査済印を確認後、請求書、内訳書（続紙等を除く）は、「労災保険業務機械処理事務手引 短期給付業務編」により Fat クライアントに入力を行うこと。

(4) 配信後処理及び支払前修正入力処理

ア 入力後、即時又は翌日に1日単位で「診療費チェックリスト」等が出力されるので、入力データの確認を行うこと。

イ 入力の翌日、1日単位で「診療費転帰後請求リスト」、「継続データチェックリスト」等のリストが出力されるので、適宜、確認を行い、修正処理を要するものについては、給付別項目修正帳票（局用）を作成し、都道府県労働局長（ただし、形式的な誤り又は誤読若しくは指定医療機関に修正内容の確認を行った修正については労災補償課長）の決裁を受けた上で修正処理を行うこと。

2. 不支給・保留等処理

(1) 不支給処理

- ア 不支給処理を行う場合は、給付別項目修正帳票（局用）の「不支給決定年月日」及び「処理区分」の項目に所定コードを記入し都道府県労働局長（ただし、監督署の調査結果に基づく場合は労災補償課長）の決裁を受けた上で、Fat クライアントに入力を行うとともに、該当するレセプトに「決定年月日」、「処理区分」を記入すること。
- イ 監督署において業務上外等により不支給となった事案については、監督署において Fat クライアントに入力が行われる。局保留となっていない場合には、特に処理は要しないこと。

(2) 保留処理

指定医療機関等に照会等のために保留する場合は、該当するレセプトの「処理区分」の項目に所定のコードを記入し、Fat クライアントに入力を行うこと。

(3) 不支給・保留等整理

- ア 不支給、保留又はエラーとなったレセプトがある場合には、請求書グループから分離し、請求書の余白に、労働者氏名及び金額並びに保留等の理由を記入すること。
- イ 分離した不支給、保留又はエラーとなったレセプトには、請求書の写しを添付すること。

保留又はエラーとなった事案については、所定の場所に処理が確定するまで保管すること。

不支給となった事案については、月ごとに取りまとめの上、所定の綴りに編綴する。この場合、後に不支給決定年月日及び不支給理由がわかるよう、関係資料と共に編綴する等の配慮を行うこと。

- (4) 局保留が解除となった場合は、給付別項目修正帳票（局用）を作成し、労災補償課長の決裁を受けた上で Fat クライアントに入力を行うこと。

3. 支払額の確認

- (1) 支払期別に本省から送付される「診療費審査確認書」及び「診療費審査確認内訳書」を機械処理済請求書等、給付別項目修正帳票（局用）及び診療費チェックリスト等関連書類と照合、確認を行うこと。
- (2) 「診療費審査確認書」の決裁を受けた上で、請求書に支払済印を押印すること。

4. 診療費支払額の情報提供（本省業務）

本省は、支払期別に支払った、全国の援護事業契約医療機関の診療費支払額の情報、補助対象事業者である労災診療被災労働者援護事業者に対し、一括して提供する。

5. レセプト管理支援機器（レセプト管理システム）入力処理

支払済の請求書等は、疑義付箋等と併せて、レセプト管理支援機器に入力すること。
なお、入力処理については、別途示す業務処理手引により行うこと。

給付別項目修正帳票（局用）を作成した場合には、金額の修正に係るもののみ該当レセプトとともに入力すること。

6. 編 綴

機械処理が終了した請求書等については、証拠書の最初に「診療費審査確認書」又は「診療費支出決定書」を配置し、その後に請求書等を指定医療機関番号順に、支払月別に編綴すること。

また、保留又はエラーが解消され支払が行われた場合も同様に編綴すること。

なお、疑義付箋は請求書等から分離し別束とすること。

給付別項目修正帳票（局用）を作成した場合は、金額の修正に係るもののみ該当レセプトとともに証拠書に編綴する。また、金額の修正以外のものについては、証拠書と別に編綴すること。

VI その他

1. その他の事務処理

(1) 給付キー変更入力

監督署において、給付キーを修正した場合、監督署から修正に関する関係書類が送付されるので、その後、給付別項目修正帳票（局用）を作成し、労災補償課長の決裁を受けた上でFat クライアントに入力を行うこと。

(2) 支払後修正入力処理

支払後の修正については、給付別項目修正帳票（局用）を作成して、都道府県労働局長の決裁を受けた上でFat クライアントに入力を行うこと。

(3) 管理業務

入力締切日後に「支払状況一覧表」、「未処理事案リスト」、「不支給処理リスト」、「保留一覧表」、「5号未登録レセプトチェックリスト」等が送付されるので、請求書等との照合等を行い、その結果に基づく必要な事務処理を行うこと。

2. 請求書等の管理・保管

請求書等は国の支出計算書付属証拠書となる重要な書類であることから、紛失等の事故がないよう、その管理・保管については、平成 22 年 12 月 27 日付け基労発 1227 第 1 号「労災保険関係書類等のリスク評価に基づく対策の導入について」等に基づき、万全を期すること。

VII 様式集

審査点検等業務関係様式 (労災診療費関係各種様式)

様式番号	様式名称	項目	用途
医第1号	診療費請求書等受付簿	(診療費)	請求書等の受付簿の様式
医第3号	請求書等の内容の不備返戻について	(各請求書共通)	請求書等の記載に不備があり、修正を指示する様式
医第4号	請求書等不備返戻整理簿	(各請求書共通)	請求書等の不備について返戻の処理経過を管理する処理簿 ※不備返戻の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第5-1号	療養の給付請求書送付書	(診療費・薬剤費)	監督署に送付する際の送付書
医第5-2号	療養の給付請求書送付書	(診療費・薬剤費)	監督署に送付する際の送付書で、指定医療機関番号ごとの送付枚数を記載する ※給付請求書に対応する内訳書を特定するため、給付請求書、内訳書各々に同一の番号を付して送付する。
医第6-1号	疑義付箋（審査点検用）	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第6-2号	疑義付箋（審査委員会用）	(診療費・薬剤費)	審査委員会に付託する事案等についての疑義内容及び結果等を記載する様式
医第6-3号	疑義付箋	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件及び審査委員会に付託する事案等の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第7-1号	請求内容の照会について	(訪問看護除く)	審査点検の中での請求内容の疑義について照会する様式
医第7-2号	請求内容の照会について(回答)	(訪問看護除く)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第7-1号に添付のうえ、送付すること。
医第7-3号	請求内容の照会について(督促)	(訪問看護除く)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第8-1号	診療内容等の照会について	(診療費・薬剤費)	審査委員からの指示により医療機関へ症状等を照会する様式
医第8-2号	診療内容等の照会について(回答)	(診療費・薬剤費)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第8-1号に添付のうえ、送付すること。
医第8-3号	診療内容等の照会について(督促)	(診療費・薬剤費)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第10号	指定医療機関等への照会整理簿	(各請求書共通)	医療機関等への照会の処理経過を管理する処理簿 ※医療機関等へ照会の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第11号	審査後入力確認書	(診療費・薬剤費)	審査が完了した請求書等を入力前に把握する様式 審査が完了した診療費請求書等を入力を行う前に、労働基準部長に承認を受ける様式

請求書レコード				
指定 病院 番号	請求金額	受付 年月日	内訳書 枚数	請求 年月

受付データダウンロード出力イメージ

レセプトレコード														
新継 再別	転帰 事由	労働保険番号/ 年金証書番号	生年 月日	傷病 年月日	療養 期間 開始	療養 期間 終了	実診療 日数	合計額	支払額	増減 コード	増減額	増減 理由	決定 年月日	処理 区分

0000000	1452900	230509	14	2304										
5	3	00000000000001	5260208	230224	230301	230331	31	1023370						
5	3	00000000000002	5260208	230224	230401	230406	6	177912						
5	3	00000000000003	5230506	230311	230401	230430	4	19780						
5	3	00000000000004	5531002	230311	230401	230430	7	26335						
5	3	00000000000005	5550824	220531	230401	230430	9	46575						
5	3	00000000000006	5411215	150430	230401	230430	1	17536						
5	3	00000000000007	5481007	200812	230401	230430	1	3381						
5	3	00000000000008	5280611	220508	230401	230430	1	6681						
5	3	00000000000009	5290731	220630	230401	230430	8	61364						
5	3	00000000000010	5250920	230317	230401	230430	1	5301						
5	3	00000000000011	5390830	230105	230401	230430	1	7233						
5	3	00000000000012	5480310	230315	230401	230430	6	6555						
5	3	00000000000013	5430606	211217	230401	230430	3	45492						
5	7	00000000000014	5250920	230317	230401	230407	1	5385						

0000000	3397398	230502	3	2303										
1	3	00000000000001	5230116	230216	230216	230228	13	579020						
1	3	00000000000002	5350331	230203	230203	230228	26	1535842						
1	3	00000000000003	5140203	230215	230215	230228	14	1282536						

0000000	331426	230502	14	2303										
1	3	00000000000001	5551022	230216	230218	230228	3	22549						
1	3	00000000000002	5310826	230302	230302	230331	9	54576						
1	3	00000000000003	5490406	230322	230322	230331	1	23745						
1	1	00000000000004	5280502	230314	230314	230331	2	16120						
1	3	00000000000005	5390415	230226	230226	230228	1	19513						
1	3	00000000000006	5450812	230217	230217	230228	1	23745						
1	3	00000000000007	5421025	230315	230315	230331	2	30656						
1	3	00000000000008	5550528	230210	230210	230228	1	23745						
1	3	00000000000009	5370216	220207	220207	220228	4	18029						
1	3	00000000000010	5570413	221213	221213	221231	4	22066						
1	3	00000000000011	5580127	230228	230301	230331	1	27045						
1	3	00000000000012	5571003	230325	230325	230331	1	10370						
1	3	00000000000013	7030414	230325	230325	230331	1	14740						
1	3	00000000000014	5570702	221222	221222	221231	1	24527						

医第3号

整 理 番 号	第	号	平成	年	月	日
殿 労働局労働基準部 労災補償課長 請求書等の内容の不備返戻について さきに貴殿から提出された別紙の請求書等は、下記の理由（○印）により返戻します。再提出が必要な場合は、至急お調べのうえ、折り返し送付して下さい。 記 1. 返戻依頼による 2. 重複請求のため 3. 請求書の金額誤りのため 4. その他						

- 注意 ○ 再提出の際には、この付箋を必ず添付して下さい。
- 特に説明を要する場合は、別紙に記入して提出して下さい。
- 請求書等の訂正箇所には必ず訂正印を押して下さい。

※ 不備返戻文書の控に請求書等の写しを添付して整理簿に編綴する。

送付番号 第 号
平成 年 月 日

療養の給付請求書送付書
(診療費・薬剤費)

労働基準監督署長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

下記のとおり、療養の給付請求書を送付します。

[illegible]

医第 5-2 号

送付番号	第	号
------	---	---

平成 年 月 日

療養の給付請求書送付書
(診療費・薬剤費)

労働基準監督署長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

下記のとおり、療養の給付請求書を送付します。

指定医療機関名又は 指定医療機関コード	枚 数	番 号	備 考
			送付件数計 件

疑義付箋（審査点検用）

（ 診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診 ）

労働者氏名	[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名	請求金額
	() 歳		円

コード	番号	審査点検 疑義事項等				
		A : 算定可 C : 照会 B : 算定不可 D : その他		担当者	検証担当者	
		*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断	
*1 疑義件数	増額 件 減額 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	
*6 医療担当責任者了承		増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	
結果	A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義不的確					

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

疑義付箋（審査委員会用）

（診療費・薬剤費）

労働者氏名		[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名
		(歳)	
傷病名			
審査付託事項	11 初診		
	12 再診		
	13 医管		
	14 在宅		
	20 投薬		
	30 注射		
	40 処置		
	50 手術		
	60 検査		
	70 画像		
80 リハ			
90 入院			
その他			
			検証担当者
審査結果	イ 適正		
	ロ 照会		
	ハ 査定		
	A:不適応		
	B:過剰		
	C:重複		
D:私病			
E:その他			
			担当委員
対応	支払可		
	査定		
	保留		
			担当者

指定医療機関等への照会内容・結果・経過等

再審査

疑 義 付 箋

(診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診)

労働者氏名		[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名		請求金額	
		(歳)			円	
傷 病 名						
審 査 点 検					担当者	検証担当者
	A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他					
			*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断
*1 疑義件数	増額	件 減額	件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
		*6 医療担当責任者了承		増 減 件	増 減 件	増 減 件
審 査 委 員 会						
	審査結果	イ:適正 ロ:照会 ハ:査定(A:不適応 B:過剰 C:重複 D:私病 E:その他)				担当委員
結 果		A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義不的確				

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見消しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

医第7-1号

第 号

平成 年 月 日

病院（診療所）長 殿

労働局労働基準部

労災補償課長

請求内容の照会について

月 日に請求のありました 費の請求内容の内、下記の事項が審査に当たって必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
	担当者名		印

医第7-2号

第 号
平成 年 月 日

労働局労働基準部
労災補償課長 行

病院（診療所）

印

請求内容の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
		担当者	

医第7-3号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局労働基準部

労災補償課長

請求内容の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る 費の請求内容の照会につきまして、未だ回答の提出がされていません。

審査のために必要がありますので、 月 日までにご回答頂きますようお願いします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

医第 8-1 号

第 号

平成 年 月 日

病院（診療所）長 殿

労働局 労災補償課長

診療内容等の照会について

標記について、審査に当たって下記の事項が必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、別添の様式により 月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
	担当者名	印	

医第8-2号

第 号
平成 年 月 日

労働局 労災補償課長 行

病院（診療所）

印

診療内容等の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
		担当医	

医第 8-3 号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局 労災補償課長

診療内容等の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る症状等の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

支払処理のために必要がありますので、月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

指定医療機関等への照会整理簿（診・薬・ア・訪・二）（平成 年度分）

整理番号	照会状 様式番号	受付日	指定医療機関等		労働者名	処理日		担当者	検証担当者	備 考	完結 確認印 (検証担当者)
			番号	名称		照 会	回 答				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				

* 照会文書の控にレセプト等の(写)を添付すること。

決 裁	部 長	課 長	

年 月 日

審 査 後 入 力 確 認 書

____年____月分の下記の審査が完了した診療費請求書等について、審査後入力してよろしいか、お伺いします。

労災診療費 _____ 件

労災薬剤費 _____ 件

労災薬剤費審査点検等取扱手引

(平成23年度版)

厚生労働省労働基準局

労災薬剤費審査点検等取扱手引

目 次

凡 例	-----	1
I 薬剤費業務の概要	-----	2
1 指定薬局の目的	-----	2
2 薬剤の給付	-----	2
3 費用の請求	-----	2
4 薬剤費請求書等審査点検業務の流れ	-----	3
II 薬剤費請求書等受付業務	-----	4
1 薬剤費請求書等及び療養（補償）給付請求書の提出先	-----	4
2 受付印押印	-----	4
3 薬剤費請求書等受付簿の作成	-----	4
4 受付後事務処理	-----	5
5 調剤数量の記入	-----	7
6 療養の給付請求書送付処理	-----	7
III 審査点検業務	-----	8
審査点検の流れ	-----	8
1 審査点検	-----	8
2 審査点検後事務処理	-----	9
3 審査点検の検証	-----	10
IV 審査委員会に係る業務	-----	11
V 審査点検後処理	-----	12
1 審査後入力処理	-----	12
2 不支給・保留等処理	-----	13
3 支払額の確認	-----	14
4 編綴	-----	14
VI その他	-----	14
VII 様式集	-----	15

凡 例

- 本手引の用語等の引用については、概ね次の略語を用いた。

略 称	名 称 等
内訳書・レセプト	薬剤費請求内訳書
給付キー	労働保険番号、労働者の生年月日、傷病年月日等又は年金証書の番号をまとめたの呼称
指定薬局	労働局長から指定を受けている薬局
審査委員会	労災保険診療費審査委員会、労災診療費指導委員会、労災保険医療協議会、労災保険諮問委員会等をまとめたの呼称
請求書	労働者災害補償保険薬剤費請求書
薬剤費請求書等・請求書等	労働者災害補償保険薬剤費請求書及び薬剤費請求内訳書をまとめたの呼称

I 薬剤費業務の概要

1 指定薬局の目的

労災保険の療養の給付の一つとして、傷病の治療に必要な薬剤を給付すること。

2 薬剤の給付

指定薬局は、傷病労働者から薬剤の給付を求められたときは、指定医療機関の場合と同様に、最初にその労働者から「療養の給付請求書」を提出させた上、傷病労働者の診察を担当した医師から交付された処方箋によって薬剤の給付を行うこと。この場合、その指定薬局は提出された処方箋が診察を担当した医師から、その労働者の業務上及び通勤途上の負傷又は疾病について交付されたものであることを確認して薬剤の給付を行う必要があること。

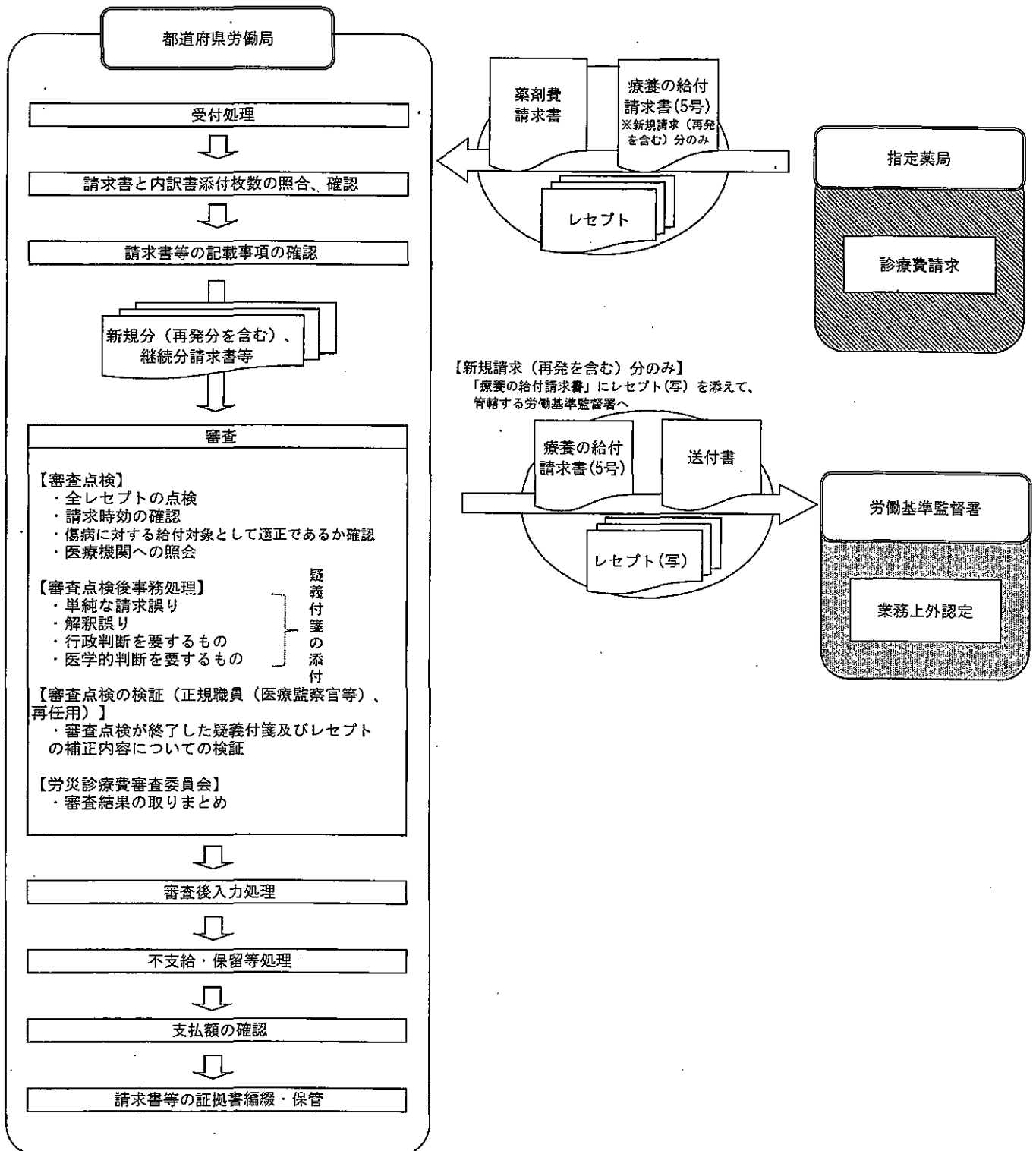
ただし、緊急やむを得ない事由によって「療養の給付請求書」を提出することができない者については、遅滞なく提出させることで処理して差し支えない。

3 費用の請求

指定薬局が傷病労働者に薬剤の給付を行った場合の費用は、毎月分につき「労働者災害補償保険薬剤費請求書」及び「薬剤費請求内訳書」を添付して、その指定薬局の所在地を管轄する労働局長に翌月10日（閉庁日の場合は先送り。）までに提出をして支払を受けること。

なお、傷病労働者から提出された「療養の給付請求書」は、その傷病労働者にかかる1回目の費用請求の際に、その薬剤費請求内訳書に添えて提出すること。また、薬剤費の算定は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第3調剤報酬点数表に基づき行うこと。

4 薬剤費請求書等審査点検業務の流れ



Ⅱ 薬剤費請求書等受付業務

1. 薬剤費請求書等及び療養（補償）給付請求書の提出先

- (1) 薬剤費請求書等は初回請求分、継続分及び再発分並びに被災労働者の所属事業場の都道府県内外を問わず、指定薬局の所轄労働局長あて提出させること。
- (2) 療養（補償）給付請求書は、指定薬局から薬剤費請求書等の提出先である被災労働者の所属事業場の所轄監督署長あてに指定薬局の所轄労働局を經由して提出させること。
- (3) 薬剤費請求書の作成単位は、初回分（再発分を含む。）の請求については監督署ごとに、また、継続分の請求については、全てを一枚の薬剤費請求書にまとめて作成させ、この場合、薬剤費請求内訳書は短期給付の業務災害、通勤災害、傷病（補償）年金の業務災害、通勤災害の順とさせること。

2. 受付印押印

指定薬局から薬剤費請求書等が提出された場合、所定の受付日付印を請求書の受付印欄に押印し、請求書の「②※受付年月日」欄にボールペン等で受付年月日を記入すること。

なお、薬剤費請求書等が、提出締切日である毎月10日（閉庁日の場合は先送り。）を過ぎて提出された場合は、原則として翌月の審査案件とすること。

受付日付印は、請求書等の時効期限等に関して重要な意味を持つので、請求書等が提出された場合は、記載内容の不備の有無に関わりなく直ちに押印すること。

3. 薬剤費請求書等受付簿の作成

薬剤費請求書等受付簿に、薬剤費請求書の「①指定薬局の番号」、「②※受付年月日」、「③請求金額」、「④内訳書添付枚数」及び「請求人（指定薬局）の名称」を記載する。

注1：受付簿は、薬剤費請求書等の受付事実を記録しておくものであり、散逸防止等の観点から重要なものである。よって、受付印押印後、もれなく

記載すること。

注2：受付簿は別に例示する様式によるほか、上記の項目を網羅している場合には、各局の独自様式でも構わないこと。

4. 受付後事務処理

(1) 請求書と内訳書添付枚数の照合、確認

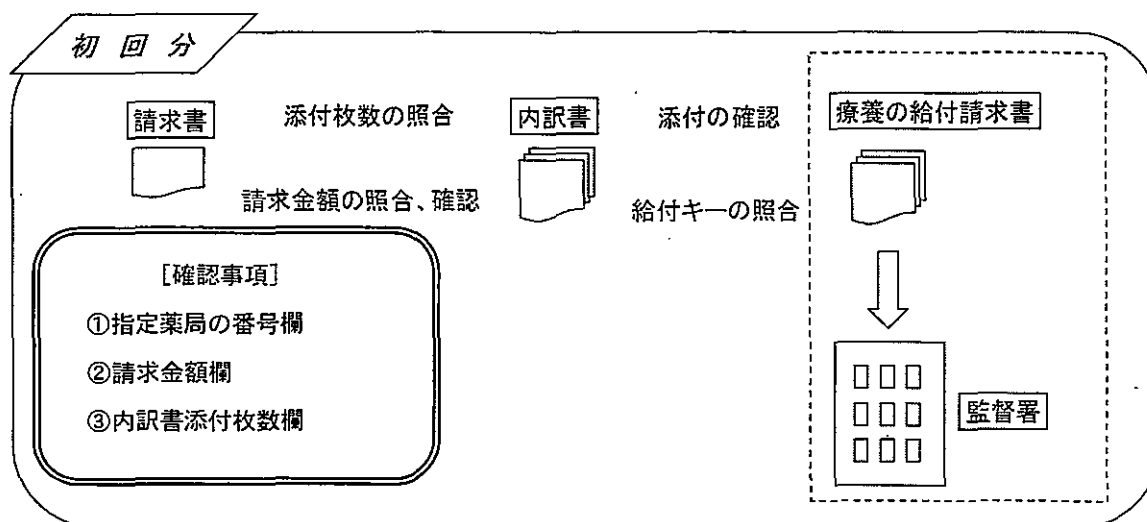
ア 初回分（再発分を含む。）

請求書、内訳書及び療養の給付請求書が提出されるので、請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数の照合並びに療養の給付請求書の確認を行う。

療養の給付請求書が未提出のものは、提出の指導を行うこと。

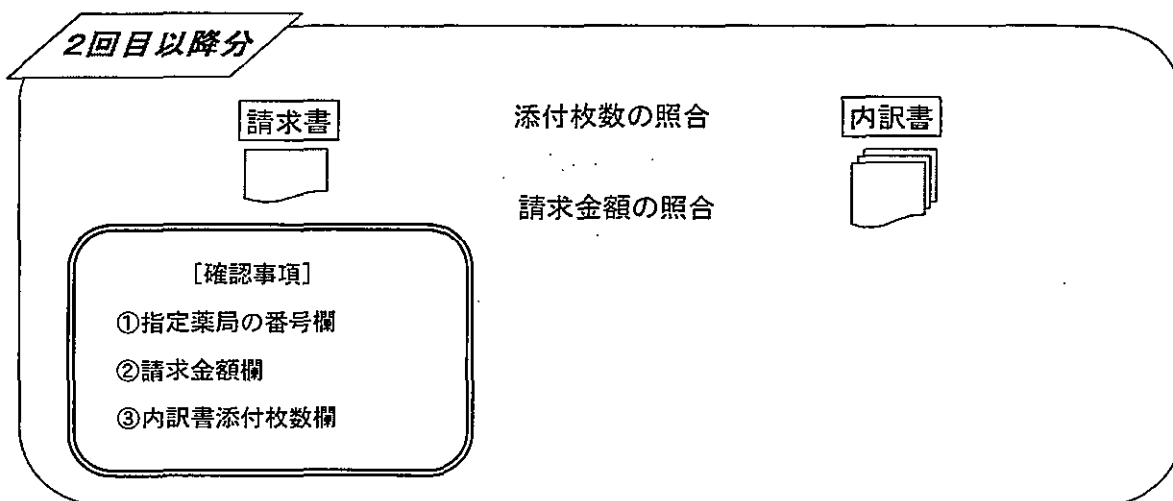
療養の給付請求書の種類（初診時）

業務災害	・・・	療養補償給付たる療養の給付請求書〔様式第5号〕
通勤災害	・・・	療養給付たる療養の給付請求書〔様式第16号の3〕



イ 2回目以降分

請求書、内訳書が提出されるので、請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数を照合すること。



(2) 請求書等の記載事項の確認

ア 請求金額の確認

請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑨合計額」欄の合計が一致しているか否かを照合、確認すること。

また、このとき¥記号の記入もれについても確認すること。

イ ア以外の記載に係る確認

請求書

- (ア) 請求人の欄（記名押印又は署名）にもれがないか、確認すること。
- (イ) 「①指定薬局の番号」と指定薬局の名称（「請求人（指定薬局）の名称欄」について指定薬局台帳（指定医療機関等における「指定医療機関台帳」に準ずるもの。）と突合すること。
- (ウ) 「⑤請求年」、「⑥請求月」が「②※受付年月日」と同一年月になっていないか等、日付の整合性を確認すること。
- (エ) 「④内訳書添付枚数」がレセプト枚数と一致しているか確認すること。

内訳書

- (ア) 労働保険番号又は年金証書番号、生年月日、傷病年月日等の記入にもれがないか確認すること。
- (イ) 「⑧投薬期間」における投薬始め年月日が、「⑤傷病年月日」以前となっていないか確認すること。
- (ウ) 給付キーは、「療養の給付請求書」又は「指定病院等変更届」により必ず確認すること。

(3) 不備返戻について

請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と添付された全ての内訳書の「⑨合計額」欄の合計が一致しないもの、記名であるにもかかわらず請求人印・証明印等がもれているもの又は請求内容の著しい誤り等補正し難いものは、「請求書等不備返戻整理簿（以下「返戻整理簿」という。）〔医第4号〕に記入し労災補償課長の決裁を受け、「請求書等の内容の不備返戻について」〔医第3号〕を請求書等に添えて不備返戻を行うこと。

その際、請求書等と「請求書等の内容の不備返戻について」の写しを処理が完結するまで保管すること。

処理が完結した場合は、返戻整理簿に労災補償課長の決裁を受けること。

(4) 補正について

請求書に記載された内訳書の添付枚数が一致しないもの、請求書・内訳書のコピー以外の軽微な記載誤り等、指定薬局に電話照会等によって補正（差し替えを含む。）ができるものについては、返戻することなく了解を得た上で処理し、不備返戻はできる限り行わないようにすること。

電話照会等により補正が行われた際には、各該当用紙の余白に「確認月日、指定薬局担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

5. 調剤数量の記入

調剤数量を、レセプトの「⑨調剤数量」欄に記入すること。

6. 療養の給付請求書送付処理

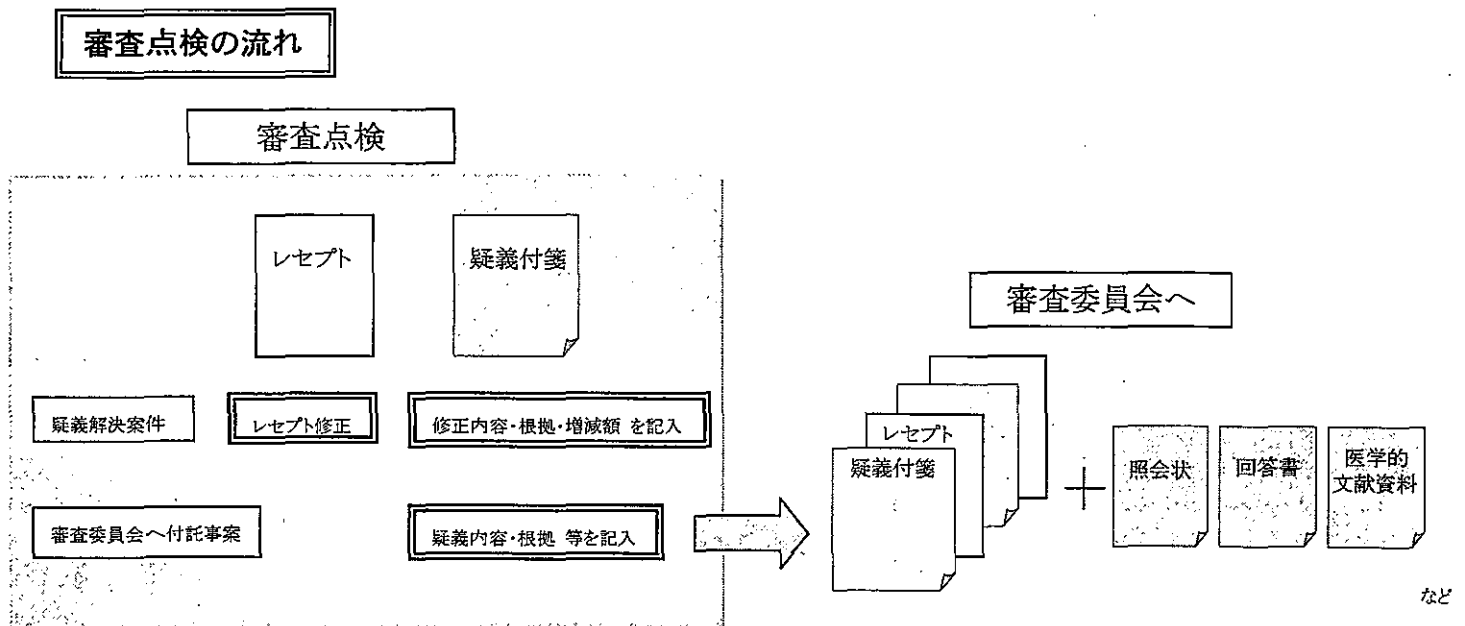
- (1) 療養の給付請求書と内訳書の給付キーの照合を行うこと。

照合の結果、記載誤り等がある場合には、指定医療機関等の了解を得た上で、電話照会等により、必要な補正を行うこと。

- (2) 送付先の監督署ごとに区分し、年度又は月を通じての「送付番号」（管轄内は監督署毎の一連番号、管轄外の監督署は一括して一連番号を可とする。）を付した「療養の給付請求書送付書（以下「送付書」という。）」〔医第5－1号又は5－2号〕に添付し、被災労働者が所属する事業場の所轄の監督署へ送付する。

なお、送付書の写しを保管すること。

Ⅲ 審査点検業務



1. 審査点検

- (1) 全レセプトの「全項目」について審査点検を行うこと。

- (2) 請求時効の確認を行うこと。

薬剤費の請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって3年とされているため、調剤日の属する月の翌月の初日から起算して3年を経過した薬剤費については、請求権を失うこととなる。

よって、請求書の受付印と内訳書の調剤年月日とを照合し、時効を過ぎている

と思われるものについては、指定薬局に確認すること。

(3) 業務上の災害又は通勤災害による傷病に対する給付対象として適正であるか確認を行うこと。

(4) 指定薬局又は処方箋を作成した医療機関への電話による照会
簡易な事項から医学的な事項を含め、まとめて照会すること。

照会の結果、補正を行う際には、各該当用紙の余白及び疑義付箋に「確認月日、指定薬局又は処方箋を作成した医療機関担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

なお、指定薬局又は処方箋を作成した医療機関に対する電話照会に当たって、医学専門的な事項に関する照会の場合は、労災医療について相当程度の知識と経験を有する担当者が行う等、相手方との無用なトラブルが起らないよう配慮すること。

2. 審査点検後事務処理

(1) 疑義事項の全てについて疑義付箋を作成すること。

(2) 疑義が解消した場合には、以下のとおり疑義付箋及びレセプトに正しい内容を記載すること。

単純な請求誤り・・・ 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係るものについては、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

解釈誤り・・・ 労災診療費算定基準に明確な算定要件が記載されている場合に、その要件の解釈を誤って算定しているものについては、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

行政判断を
要するもの

・・・ 1 の (3) に係るもの及び労災診療費算定基準の算定要件について個別の行政判断によって結論を出すものについては、疑義付箋〔医第 6－1 号又は 6－3 号〕に、疑義内容、根拠等を記入すること。

医学的判断を
要するもの

・・・ 労災診療費算定基準の算定要件について医学的判断を要する事案で、診療費審査委員会等の意見を求めて結論を出すものについては、疑義付箋〔医第 6－2 号又は 6－3 号〕に、疑義内容、根拠等を記入すること。

疑義付箋記入の際の留意事項

- ① 疑義とした根拠を明確に記載すること。
- ② 必要に応じ、根拠とした資料、本の名称、頁等を記入すること。
- ③ 単純な請求誤り及び解釈誤りによるものは正しい内容を記載するが、その際必要に応じて計算式を記入すること。
- ④ 短文で簡潔にもれなく記入すること。

3. 審査点検の検証

上記 2 の疑義付箋及びレセプトの補正内容について、正規職員（医療監察官等）及び再任用職員による検証を行うこと。

- (1) 「単純な請求誤り」及び「解釈誤り」については、疑義付箋〔医第 6－1 号又は 6－3 号〕の審査点検内容、根拠、増減額等を確認するとともに、レセプトに正しい内容が記載されているか検証すること。

なお、誤り等がある場合には疑義付箋に赤字等で修正を行うとともにレセプトに改めて正しい内容を記載すること。

- (2) 「行政判断を要するもの」については、内容を検証し、必要に応じて疑義付箋に指示内容を記載すること。

調査等が必要な事案については、労働局で行うものと監督署で行うものとに整理し、速やかに照会等を行うこと。

(3) 「医学的な判断を要するもの」の中から、審査委員会に諮る事案を選定すること。

(4) 指定薬局又は処方箋を作成した医療機関への文書による照会

ア 文書により照会する場合は、提出期限を定め、照会状（「請求内容の照会について」〔医第7－1号〕又は「診療内容等の照会について」〔医第8－1号〕）により行うこと。この際、「指定医療機関等への照会整理簿（以下「照会整理簿」という。）」〔医第10号〕に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けた上で照会を行うこと。

その際、送付した照会状の写しと該当事案のレセプトの写しを、照会整理簿に編綴すること。

イ 照会に対する回答を得た場合は、照会整理簿に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けること。

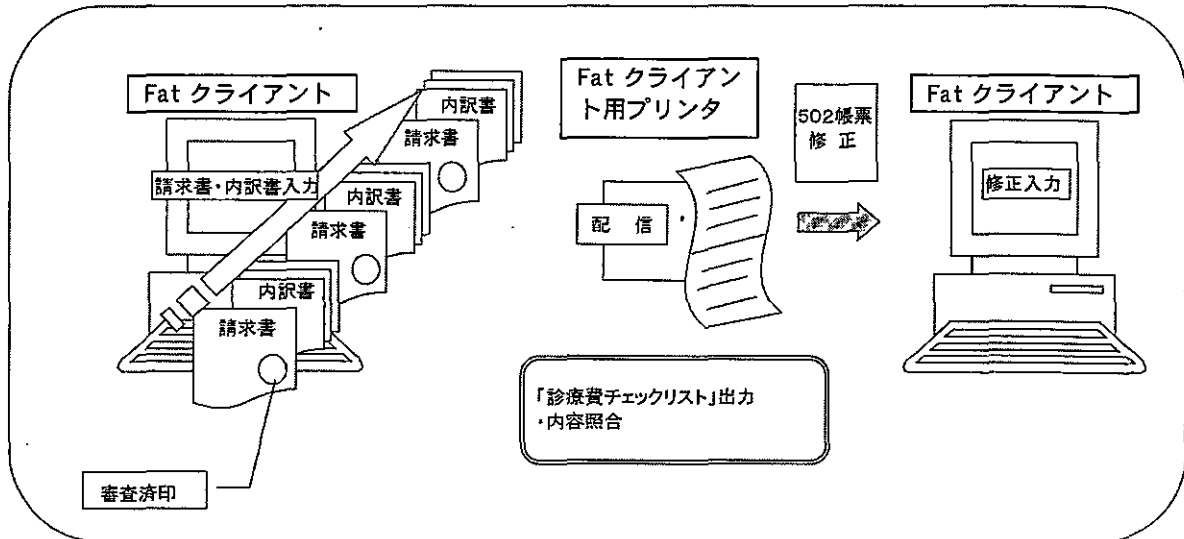
ウ 指定薬局又は処方箋を作成した医療機関からの回答が提出期限を過ぎても得られない場合は、適宜、電話にて督促を行うとともに、経過について疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕及び照会整理簿に記入する。これによっても提出が得られない場合は、労災補償課長の決裁を受けた上で、「請求内容の照会について（督促）」〔医第7－3号〕又は「診療内容等の照会について（督促）」〔医第8－3号〕により行うこと。

IV 審査委員会に係る業務

労災診療費と同様の取扱いとなるため、「労災診療費審査点検等取扱手引」を参照のこと。

V 審査点検後処理

1. 審査後入力処理



(1) 審査後入力の決裁

審査後入力を行う薬剤費請求書等について、労働基準部長が審査後入力確認書（医第11号）を用いて決裁を行うこと。

(2) 請求書に審査済印を押印すること。

(3) 審査済印を確認後、請求書、内訳書（続紙等を除く）は、「労災保険業務機械処理事務手引 短期給付業務編」により Fat クライアントに入力を行うこと。

(4) 配信後処理及び支払前修正入力処理

ア 入力後、即時又は翌日1日単位で「薬剤費チェックリスト」等が出力されるので、入力データの確認を行うこと。

イ 入力の翌日、1日単位で「診療費転帰後請求リスト」、「継続データチェックリスト」等のリストが出力されるので、適宜確認を行い、修正処理を要するものについては、給付別項目修正帳票（局用）を作成し、都道府県労働局長（ただし、形式的な誤り又は誤読の修正については労災補償課長）の決裁を受けた上で修正処理を行うこと。

2. 不支給・保留等処理

(1) 不支給処理

ア 不支給処理を行う場合は、給付別項目修正帳票（局用）の「不支給決定年月日」及び「処理区分」の項目に所定コードを記入し都道府県労働局長（ただし、監督署の調査結果に基づく場合は労災補償課長）の決裁を受けた上で、Fat クライアントに入力を行うとともに、該当するレセプトに「決定年月日」、「処理区分」を記入すること。

イ 監督署において業務上外等により不支給となった事案については、監督署において Fat クライアントに入力が行われる。局保留となっていない場合には、特に処理は要しないこと。

(2) 保留処理

指定薬局等に照会等のために保留する場合は、該当するレセプトの「処理区分」の項目に所定のコードを記入し、Fat クライアントに入力を行うこと。

(3) 不支給・保留等整理

ア 不支給、保留又はエラーとなったレセプトがある場合には、請求書グループから分離し、請求書の余白に、労働者氏名及び金額並びに保留等の理由を記入すること。

イ 分離した不支給、保留又はエラーとなったレセプトには、請求書の写しを添付すること。

保留又はエラーとなった事案については、所定の場所に処理が確定するまで保管すること。

不支給となった事案については、月ごとに取りまとめの上、所定の綴りに編綴すること。この場合、後に不支給決定年月日及び不支給理由がわかるよう、関係資料と共に編綴する等の配慮を行うこと。

(4) 局保留が解除となった場合は、給付別項目修正帳票（局用）を作成し、労災補償課長の決裁を受けた上で Fat クライアントに入力を行う。

3. 支払額の確認

- (1) 支払期別に本省から送付される「診療費審査確認書」及び「診療費審査確認内訳書」を機械処理済請求書等、給付別項目修正帳票（局用）及び診療費チェックリスト等関連書類と照合、確認を行うこと。
- (2) 「診療費審査確認書」の決裁を受けた上で、請求書に支払済印を押印すること。

4. 編 綴

機械処理が終了した請求書等については、指定薬局番号順に、支払月別に編綴すること。

また、保留又はエラーが解消され支払が行われた場合も同様に編綴すること。

なお、疑義付箋は請求書等から分離し別束とすること。

給付別項目修正帳票（局用）を作成した場合には、金額の修正に係るもののみ該当レセプトとともに証拠書に編綴すること。また、金額の修正以外のものについては、証拠書と別に編綴すること。

VI その他

労災診療費と同様の取扱いとなるため、「労災診療費審査点検等取扱手引」を参照のこと。

VII 様式集

審査点検等業務関係様式 (労災薬剤費関係各種様式)

様式番号	様式名称	項目	用途
医第3号	請求書等の内容の不備返戻について	(各請求書共通)	請求書等の記載に不備があり、修正を指示する様式
医第4号	請求書等不備返戻整理簿	(各請求書共通)	請求書等の不備について返戻の処理経過を管理する処理簿 ※不備返戻の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第5-1号	療養の給付請求書送付書	(診療費・薬剤費)	監督署に送付する際の送付書
医第5-2号	療養の給付請求書送付書	(診療費・薬剤費)	監督署に送付する際の送付書で、指定医療機関番号ごとの送付枚数を記載する ※給付請求書に対応する内訳書を特定するため、給付請求書、内訳書各々に同一の番号を付して送付する。
医第6-1号	疑義付箋（審査点検用）	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第6-2号	疑義付箋（審査委員会用）	(診療費・薬剤費)	審査委員会に付託する事案等についての疑義内容及び結果等を記載する様式
医第6-3号	疑義付箋	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件及び審査委員会に付託する事案等の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第7-1号	請求内容の照会について	(訪問看護除く)	審査点検の中での請求内容の疑義について照会する様式
医第7-2号	請求内容の照会について(回答)	(訪問看護除く)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第7-1号に添付のうえ、送付すること。
医第7-3号	請求内容の照会について(督促)	(訪問看護除く)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第8-1号	診療内容等の照会について	(診療費・薬剤費)	審査委員からの指示により医療機関へ症状等を照会する様式
医第8-2号	診療内容等の照会について(回答)	(診療費・薬剤費)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第8-1号に添付のうえ、送付すること。
医第8-3号	診療内容等の照会について(督促)	(診療費・薬剤費)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第10号	指定医療機関等への照会整理簿	(各請求書共通)	医療機関等への照会の処理経過を管理する処理簿 ※医療機関等へ照会の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第11号	審査後入力確認書	(診療費・薬剤費)	審査が完了した請求書等を入力前に把握する様式 審査が完了した診療費請求書等を入力を行う前に、労働基準部長に承認を受ける様式

疑義付箋（審査点検用）

（ 診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診 ）

労働者氏名	[年 月分] (歳)	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名	請求金額 円
-------	-------------------	---------------------	-----------

コード	番号	審査点検 疑義事項等			
		A: 算定可 C: 照会 B: 算定不可 D: その他			
		*2 単純な請求誤 増 減 件 *3 解釈誤 増 減 件 *4 行政判断 増 減 件 *5 医学的判断 増 減 件			
*1 疑義件数 増額 件 減額 件		*6 医療担当責任者了承 増 減 件			
結 果		A: 支払可 B: 査定 C: 審査委員会付託 D: 文書照会 E: 保留 F: 指導 G: 疑義不的確			

疑 義 付 箋

(診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診)

労働者氏名		[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名		請求金額	
		(歳)			円	
傷 病 名						
審 査 点 検					担当者	
					検証担当者	
A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他						
			*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断
*1 疑義件数	増額	件	減額	件	増	減
					増	減
*6 医療担当責任者了承			増	減	増	減
			増	減	増	減
審 査 委 員 会						
審査結果	イ:適正 ロ:照会 ハ:査定(A:不適応 B:過剰 C:重複 D:私病 E:その他)					担当委員
結 果	A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義不的確					

整 番 号	第	号	平成	年	月	日
-------------	---	---	----	---	---	---

殿

労働局労働基準部
労災補償課長

請求書等の内容の不備返戻について

さきに貴殿から提出された別紙の請求書等は、下記の理由（○印）により返戻します。再提出が必要な場合は、至急お調べのうえ、折り返し送付して下さい。

記

1. 返戻依頼による
2. 重複請求のため
3. 請求書の金額誤りのため
4. その他

- 注意 ○ 再提出の際には、この付箋を必ず添付して下さい。
- 特に説明を要する場合は、別紙に記入して提出して下さい。
- 請求書等の訂正箇所には必ず訂正印を押して下さい。

請求書等不備返戻整理簿（診，薬・ア，訪，二）（平成 年度分）

[illegible]

※ 不備返戻文書の控に請求書等の写しを添付して整理簿に編綴する。

送付番号	第	号
平成	年	月 日

療養の給付請求書送付書
(診療費・薬剤費)

労働基準監督署長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

下記のとおり、療養の給付請求書を送付します。

[illegible]

送付番号	第	号
平成	年	月 日

療養の給付請求書送付書
(診療費・薬剤費)

労働基準監督署長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

下記のとおり、療養の給付請求書を送付します。

指定医療機関名又は 指定医療機関コード	枚 数	番 号	備 考
			送付件数計 件

コード	番号	審査点検 疑義事項等											
						担当者		検証担当者					
		A: 算定可 B: 算定不可 C: 照会 D: その他											
				*2 単純な請求誤		*3 解釈誤		*4 行政判断		*5 医学的判断			
*1 疑義件数		増額	件	減額	件	増	減	件	増	減	件		
*6 医療担当責任者了承		増	減	件	増	減	件	増	減	件	増	減	件
結果		A: 支払可 B: 査定 C: 審査委員会付託 D: 文書照会 E: 保留 F: 指導 G: 疑義不的確											

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

疑義付箋（審査委員会用）

（診療費 ・ 薬剤費）

労働者氏名		[年 月分] (歳)	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名
傷 病 名			
審 査 付 託 事 項	11 初診		
	12 再診		
	13 医管		
	14 在宅		
	20 投薬		
	30 注射		
	40 処置		
	50 手術		
	60 検査		
	70 画像		
80 リハ			
90 入院			
	そ の 他		
			検証担当者
審 査 結 果	イ 適 正		
	ロ 照 会		
	ハ 査 定		
	A:不適応		
	B:過 剰		
	C:重 複		
	D:私 病		
	E:その他		
			担当委員
対 応	支払可		
	査 定		
	保 留		
			担当者

指定医療機関等への照会内容・結果・経過等	
再審査	

疑 義 付 箋

(診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診)

労働者氏名		[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名		請求金額				
		(歳)			円				
傷 病 名									
審 査 点 検						担当者		検証担当者	
						A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他			
*1 疑義件数		増額	件	減額	件	*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断
						増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
						増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
						増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
						増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
審 査 委 員 会									
	審査結果	イ:適正 ロ:照会 ハ:査定(A:不適応 B:過剰 C:重複 D:私病 E:その他)						担当委員	
結 果		A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義不的確							

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2 から * 5 は * 1 の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2 単純な請求誤」、「* 3 解釈誤」、「* 5 医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5 の各件数のうち * 2 及び * 3 は疑義内容どおり了承されたもの、* 4 及び * 5 は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第 6－2 号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見消しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1 疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

医第7-1号

第 号
平成 年 月 日

病院（診療所）長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

請求内容の照会について

月 日に請求のありました 費の請求内容の内、下記の事項が審査に当たって必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
		担当者名	印

医第7-2号

第 号
平成 年 月 日

労働局労働基準部
労災補償課長 行

病院（診療所）

印

請求内容の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
		担当者	

医第7-3号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局労働基準部

労災補償課長

請求内容の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る 費の請求内容の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

審査のために必要がありますので、月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

医第 8-1 号

第 号

平成 年 月 日

病院（診療所）長 殿

労働局 労災補償課長

診療内容等の照会について

標記について、審査に当たって下記の事項が必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、別添の様式により 月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
		担当者名	印

医第 8-2 号

第 号
平成 年 月 日

労働局 労災補償課長 行

病院（診療所）

印

診療内容等の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
担当医			

医第 8-3 号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局 労災補償課長

診療内容等の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る症状等の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

支払処理のために必要がありますので、 月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

指定医療機関等への照会整理簿（診・薬・ア・訪・二）（平成 年度分）

整理番号	照会状 様式番号	受付日	指定医療機関等		労働者名	処理日		担当者	検証担当者	備 考	完結 確認印 (検証担当者)
			番号	名称		照 会	回 答				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				

* 照会文書の控にレセプト等の(写)を添付すること。

決 裁	部 長	課 長	

年 月 日

審 査 後 入 力 確 認 書

____年____月分の下記の審査が完了した診療費請求書等につい

て、審査後入力してよろしいか、お伺いします。

労災診療費 _____ 件

労災薬剤費 _____ 件

アフターケア委託費 審査点検等事務取扱手引

(平成23年度版)

厚生労働省労働基準局

アフターケア委託費審査点検等事務取扱手引

目 次

凡 例	-----	1
I アフターケア委託費業務の概要	-----	2
1 アフターケア制度の目的	-----	2
2 アフターケア委託費の請求	-----	2
3 アフターケア委託費請求書等審査点検業務の流れ	-----	3
II アフターケア委託費請求書等受付業務	-----	4
1 アフターケア委託費請求書等の提出 先	-----	4
2 受付印押印	-----	4
3 アフターケア委託費請求書等受付簿 の作成	-----	4
4 受付後事務処理	-----	5
III 審査点検業務	-----	7
1 審査点検	-----	7
2 審査点検後事務処理	-----	10
3 審査点検の検証	-----	11
IV 審査点検後処理	-----	13
1 審査後入力処理	-----	13
2 不支給・保留等処理	-----	14
3 支払額の確認	-----	14
4 編綴	-----	15
V その他	-----	15
請求書等の管理・保管	-----	15
VI 様式集	-----	16

凡 例

- 本手引の用語等の引用については、概ね次の略語を用いた。

略 称	名 称 等
内訳書・レセプト	アフターケア委託費請求内訳書（薬局含む）の呼称
給付キー	健康管理手帳番号、労働者の生年月日、傷病年月日等をまとめたの呼称
請求書	アフターケア委託費請求書（薬局含む）
アフターケア委託費請求書等	アフターケア委託費請求書及びアフターケア委託費請求内訳書をまとめたの呼称（薬局含む）
指定医療機関	労働局長から指定を受けている病院若しくは診療所
指定医療機関等	労災病院（せき損センター、総合リハビリテーションセンターを含む）又は労働局長から指定を受けている病院若しくは診療所
指定病院等	労災病院（せき損センター、総合リハビリテーションセンターを含む）又は労働局長から指定を受けている病院、診療所、薬局及び訪問看護事業者等の呼称
指定薬局	労働局長から指定契約を受けている薬局

I アフターケア委託費業務の概要

1 アフターケア制度の目的

業務災害又は通勤災害によりせき髄損傷、頭頸部外傷症候群、慢性肝炎、振動障害等の傷病に罹患した者で、その症状が固定した後においても後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する疾病を発症させるおそれがある。そこで、必要に応じ予防その他の保健上の措置を講じ、その労働者の労働能力を維持させ円滑な社会生活を営ませようアフターケアを実施している。

指定病院等が担当するアフターケアの範囲は、傷病別アフターケア実施要領に定めるところにより、「①診察、②保健指導、③保健のための処置、④保健のための薬剤の支給、⑤検査」となっている。

2 アフターケア委託費の請求

社会復帰促進等事業としてのアフターケアにおいて、指定医療機関等並びに指定薬局は、診察又は投薬を求める患者が、アフターケアの対象者であるかを確認する必要がある。このような確認を行うに当たって提出を求める書類が「健康管理手帳」である。

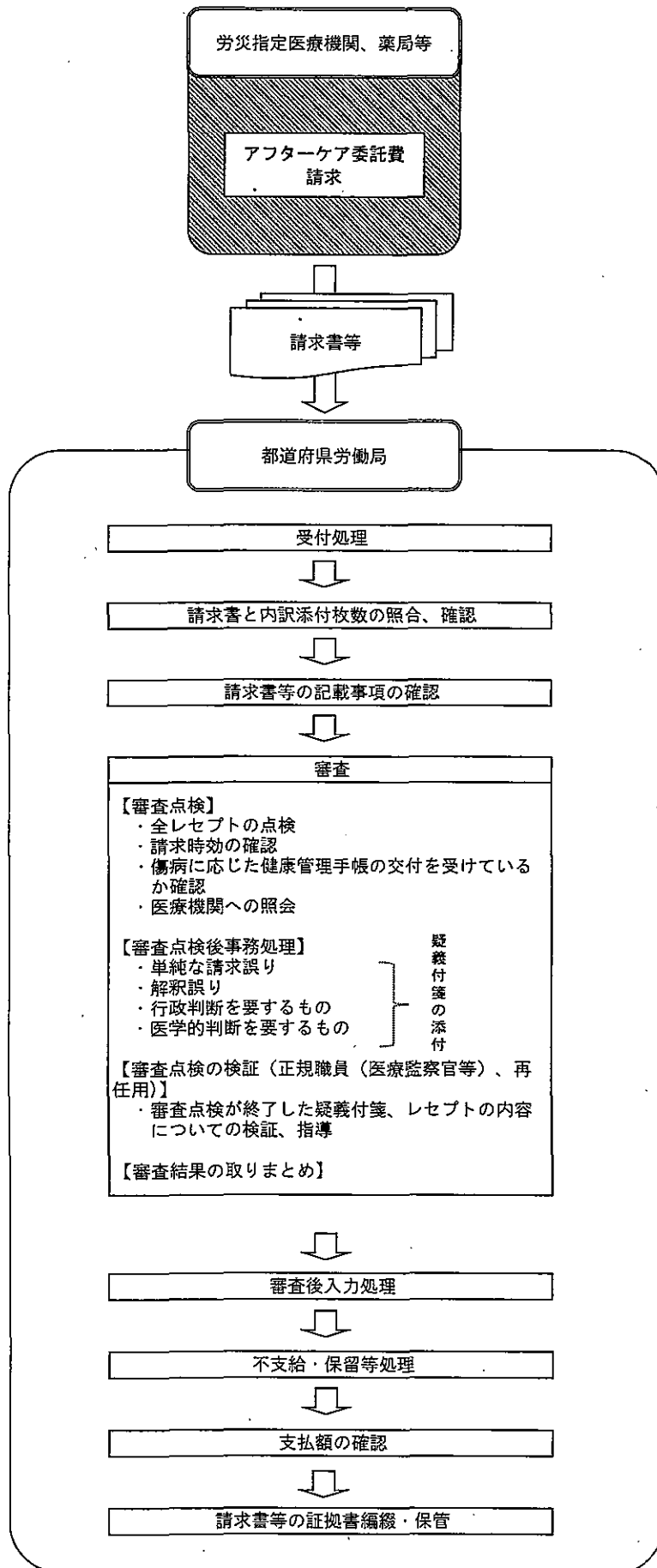
指定医療機関等は「アフターケア委託費請求書」に各アフターケア対象者ごとに作成した「アフターケア委託費請求内訳書」を添付して、指定医療機関等の所在地を管轄する都道府県労働局長に請求すること。

また、指定薬局は「アフターケア委託費請求書（薬局用）」に各アフターケア対象者ごとに作成した「アフターケア委託費請求内訳書（薬局用）」を添付して指定薬局を管轄する都道府県労働局長に請求すること。

アフターケアに要する費用の額の算定は労災診療費算定基準（昭和51年1月13日付け基発第72号）に準拠し、同基準及び健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第1医科診療報酬点数表及び別表第3調剤報酬点数表が改定された場合は、改訂後の額によること。

請求に係る金額は、診療項目ごとに定められた初診料等の各金額及び点数に労災診療費算定基準に定められた診療単価を乗じて算出すること。

3 アフターケア委託費請求書等審査点検業務の流れ



注：以下は、原則として指定医療機関等からのアフターケア委託費請求について記載している。よって、指定薬局からの請求については適宜読み替えの上で取り扱われたい。

Ⅱ アフターケア委託費請求書等受付業務

1. アフターケア委託費請求書等の提出先

アフターケア委託費請求書等は、被災労働者の所属事業場の都道府県内外を問わず、指定医療機関等の所轄労働局長あて提出させること。

2. 受付印押印

指定医療機関等からアフターケア委託費請求書等が提出された場合、所定の受付日付印を請求書の受付印欄に押印し、請求書の「②※受付年月日」欄にボールペン等で受付年月日を記入すること。

なお、アフターケア委託費請求書等が、提出締切日である毎月10日（閉庁日の場合は先送り）を過ぎて提出された場合は、原則として翌月の審査案件とすること。

受付日付印は、請求書等の時効期限等に関して重要な意味を持つので、請求書等が提出された場合は、記載内容の不備の有無に関わりなく直ちに押印すること。

3. アフターケア委託費請求書等受付簿の作成

アフターケア委託費請求書等受付簿に、アフターケア委託費請求書等の「②※受付年月日」、「③指定病院等の番号」、「⑤内訳書添付枚数」、「受診者名」、「傷病コード番号」及び「請求人（病院又は診療所）の名称」を記載すること。

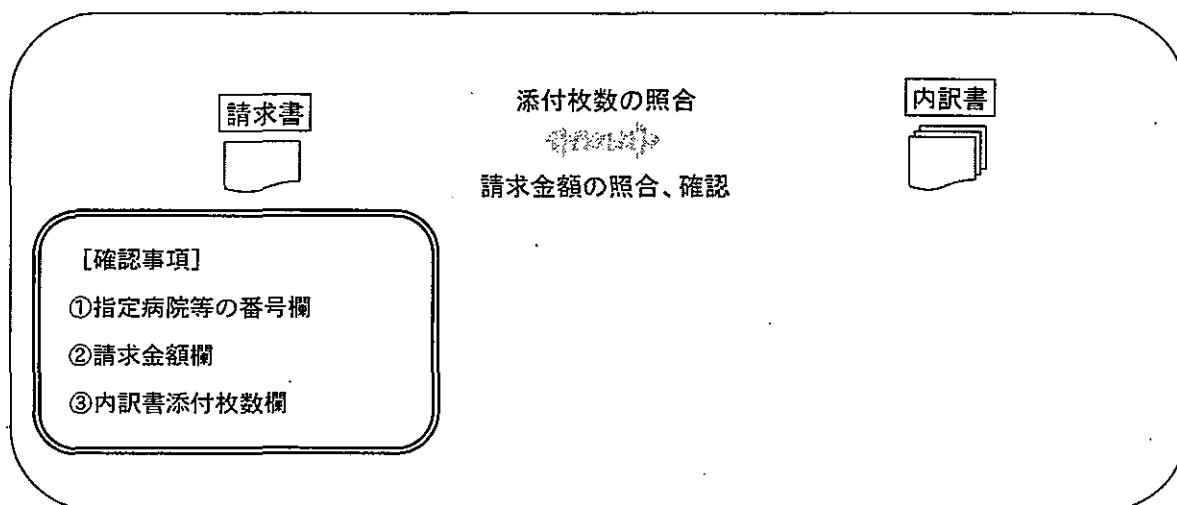
注1： 受付簿は、アフターケア委託費請求書等の受付事実を記録しておくものであり、散逸防止等の観点から重要なものである。よって、受付印押印後、もれなく記載すること。

注2： 受付簿は別に例示する様式によるほか、上記の項目を網羅している場合には、各局の独自様式でも構わないこと。

4. 受付後事務処理

(1) 請求書と内訳書添付枚数の照合、確認

請求書、内訳書及び療養の給付請求書が提出されるので、請求書の「⑤内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数の照合並びに療養の給付請求書の確認を行うこと。療養の給付請求書が未提出のものは、提出の指導を行うこと。



(2) 請求書等の記載事項の確認

ア 請求金額の確認

請求書の「④請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑨合計額」欄の合計が一致しているか否かを照合、確認すること。
また、このとき¥記号の記入もれについても確認すること。

イ ア以外の記載に係る確認

請求書

- (ア) 請求人の欄（記名押印又は署名）にもれがないか、確認すること。
- (イ) 「③指定病院等の番号」と指定医療機関等の名称（「請求人（病院又は診療所）の名称」欄）について指定医療機関台帳（指定医療機関等における「指定医療機関台帳」に準ずるもの。）と突合すること。
- (ウ) 「⑥請求年」、「⑦請求月」が「②※受付年月日」と同一年月になっていないか等、日付の整合性を確認すること。
- (エ) 「⑤内訳書添付枚数」がレセプト枚数と一致しているか確認すること。

内訳書

- (ア) 「②健康管理手帳番号」及び「対象となるアフターケア傷病コード」は、健康管理手帳交付簿又は労災行政情報管理システムによる検索で必ず確認すること。
- (イ) レセプトは1日の診察ごとに作成されているか確認すること。

(3) 不備返戻について

請求書の「④請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑨合計額」欄の合計が一致しないもの、記名であるにもかかわらず請求人印・証明印等がもれているもの、請求内容の著しい誤り等補正し難いものは、「請求書等不備返戻整理簿（以下「返戻整理簿」という。）」「〔医第4号〕」に記入し労災補償課長の決裁を受け、「請求書等の内容の不備返戻について」〔医第3号〕を請求書等に添えること。

その際、請求書等と「請求書等の内容の不備返戻について」の写しを処理が完結するまで保管すること。

処理が完結した際は、返戻整理簿に労災補償課長の決裁を受けること。

(4) 補正について

請求書に記載された内訳書の添付枚数が一致しないもの、請求書・内訳書の金額以外の軽微な記載誤り等、指定医療機関等に電話照会によって補正（差し替えを含む。）ができるものについては、返戻することなく了解を得た上で処理し、不備返戻はできる限り行わないようにすること。

電話照会等により補正が行われた際には、各該当用紙の余白に「確認月日、指定医療機関等担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

Ⅲ 審査点検業務

1. 審査点検

(1) 全レセプトの「全項目」について審査点検を行うこと。

(2) 請求時効の確認を行うこと。

アフターケア委託費の請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって3年とされているため、診察日等の翌日から起算して3年を経過したアフターケア委託費については、請求権を失うこととなる。

よって、請求書の受付印と内訳書の「③診療年月日」とを照合し、請求期限を過ぎていると思われるものについては、指定医療機関等に確認すること。

(3) 対象傷病に応じた措置範囲となっているかの確認を行うこと。

(4) 費用の審査のポイント

アフターケアに要する費用の額の算定方法は、労災診療費算定基準に準拠しているが、次の項目に留意すること。

なお、労災診療費算定基準、健保点数表(*1)及び調剤点数表(*2)が改定されたときは、改訂後の額となること。

傷病別の詳細な取扱基準については、「社会復帰促進等事業としてのアフターケア実施要領(平成22年12月27日 基発1227第1号)」等により確認すること。

(ア) 診 察

ア 労災診療費算定基準に定める「初診料」又は「再診料」の額もしくは健保点数表に定める「外来診療料」の点数に労災診療単価(*3)を乗じて得た額とすること。

イ 治ゆ後、療養を行っていた医療機関において引き続きアフターケアにおける最初の診察については、労災診療費算定基準に定める「再診料」又は健保点数表に定める「外来診療料」を算定すること。

ウ 労災診療費算定基準に定める「初診時ブラッシング料」及び「再診時療養指導管理料」並びに健保点数表に定める「外来管理加算」は、アフターケアにおいては認められない。

(イ) 保健指導

- ア 健保点数表に定める「特定疾患療養管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。
- イ 月2回の算定を限度とすること。
- ウ 許可病床数が200床以上の病院においては算定不可。
- エ 同一医療機関において、2以上の診療科にわたりアフターケアを受けている場合に、主な対象傷病にかかるアフターケアに対してのみ算定を行う。

(ウ) 保健のための処置

- ア 処置については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。
 - (Ⅰ) 労災保険法施行規則第11条の規定により指定された薬局における薬剤の支給については、調剤点数表により算定した額とすること。
 - (Ⅱ) 「精神療法及びカウンセリング」については、健保点数表に定める「通院・在宅精神療法」又は「通院集団精神療法」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。
なお、「精神療法及びカウンセリング」を実施した場合は、保健指導の費用は重ねて算定できない。
 - (Ⅲ) 「重傷痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬」の支給については、薬剤の費用と併せて健保点数表に定める「重傷痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填」の点数に労災診療単価を乗じて得た額を算定すること。
- イ 処置に伴い、保健のために必要な材料（以下「処置材料」といいます。）を支給した場合には、医療機関の購入単価を10円で除して得た点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。
- ウ 処置材料は、担当医から直接処方され、授与されたものに限られるものであるため、たとえ担当医の指示によるものであっても、薬局等から市販のガーゼ、カテーテルなどを対象者が自ら購入するものは、支給の対象とはならない。
- エ 自宅等で使用するためのカテーテルなどの支給に係る費用については、カテーテル及び留置カテーテル（収尿袋を含む。）などの材料に係る費用のみを算定できるものであり、健保点数表に定める「在宅自己導尿指導管理料」は算定できない。
- オ 処置材料を算定する場合には、レセプトの処置料の欄に記載すること。
なお、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼの費用の請求に際しては、褥瘡の詳細、ガーゼの枚数及びサイズ等をレセプトの裏面に記載すること。
- カ 薬剤の支給について、鎮痛薬に対する健胃消化薬（抗潰瘍薬を含む。）等医学的に併用することが必要と認められている薬剤を支給する場合には、その費用を算定できる。

キ 抗てんかん薬、抗不整脈薬及び健保点数表において特定薬剤治療管理料の対象として認められている向精神薬を継続投与する場合であって、当該薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合には健保点数表に定める「特定薬剤治療管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額により、その費用を算定すること。

なお、同一の者について1月以内に当該薬剤の血中濃度の測定及び投与量の管理を2回以上行った場合には、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び投与量の管理を行ったときに算定すること。

ク 「医学的に特に必要と認められる場合に限り実施」するものと定められた処置を実施した場合には、レセプトの摘要欄に「特に必要を認められる」理由を具体的に記入すること。

(エ) 検 査

検査については、次に定めるところによるほか、健保点数表に定める点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。

(Ⅰ) 振動障害に係るアフターケアにおける「末梢循環機能検査」、「末梢神経機能検査（神経伝導速度検査を除く。）」及び「末梢運動機能検査」については、労災診療費算定基準に定める所定の点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。

(Ⅱ) 虚血性心疾患等に係るアフターケアにおける「ペースメーカー等の定期チェック」については、健保点数表に定める「心臓ペースメーカー指導管理料」の点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。

なお、「ペースメーカー等の定期チェック」を実施した場合は、保健指導の費用を重ねて算定することはできない。

(Ⅲ) 炭鉱災害による一酸化炭素中毒にかかるアフターケアにおける「検査（健康診断）」については、次に掲げる点数に労災診療単価を乗じて得た額とすること。

・ 全身状態の検査	}	・・・ 335点
・ 自覚症状の検査		
・ 精神及び神経症状の一般的検査		
・ 精神及び神経症状の特殊な検査（精密眼底検査、脳波検査、心電図検査、胸部エックス線写真検査等）・・・ 社会保険診療報酬点数表による所定の点数		

なお、尿中の蛋白、糖及びウロビリノーゲンの検査並びに赤血球沈降速度及び白血球の検査並びに赤血球沈降速度及び白血球数の検査については、費用の算定はできない。

* 1 健保点数表・・・診療報酬の算定方法（平成22年厚生労働省告示第69号）の別表第1医科診療報酬点数表

* 2 調剤点数表・・・診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の別表第3調剤報酬点数表

* 3 労災診療単価・・・労災診療費算定基準（昭和51年1月13日付け基発第72号）に定める単価

（５）指定医療機関等への電話による照会

簡易な事項から医学的な事項を含め、まとめて照会すること。

照会の結果、補正を行う際には、各該当用紙の余白及び疑義付箋に「確認月日、指定医療機関等担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

なお、指定医療機関等に対する電話照会に当たって、医学専門的な事項に関する照会の場合は労災医療について相当程度の知識と経験を有する担当者が行う等、相手方との無用なトラブルが起こらないよう配慮すること。

（６）医療機関への指導

医療機関に対しては、適正なアフターケア委託費の請求のために、

- ① 対象者から毎回健康管理手帳の提示を必ず受けて有効期間を確認すること
 - ② 健康管理手帳の注意事項欄に記載されている措置の範囲であることを請求の際に確認すること
- を指導すること。

なお、健康管理手帳の交付に際して「症状固定（治ゆ）時における障害の部位・状態」欄の記入に当たっては、医療機関がアフターケアの対象傷病、対象部位を正確に把握できるように、アフターケアの対象傷病名と対象となる後遺症状を記載することに留意すること。

２．審査点検後事務処理

（１）疑義事項の全てについて疑義付箋を作成すること。

（２）疑義が解消した場合には、以下のとおり疑義付箋及びレセプトに正しい内容を記載すること。

単純な請求誤り・・・ 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係るものについては、疑義付箋〔医第６－１号又は６－３号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

解 釈 誤 り . . . 労災診療費算定基準に明確な算定要件が記載されている場合に、その要件の解釈を誤って算定しているものについては、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

**行 政 判 断
を 要 す る
も の** . . . 「傷病別アフターケア実施要領等」に定められたアフターケアの範囲を超えた診療が行われている場合は、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に疑義内容、根拠等を記入する。
また、再発が疑われる事案についても、同様に疑義付箋に記入すること。

**医 学 的 判
断 を 要 す
る も の** . . . 医学的判断を要する事項については、疑義付箋〔医第6－2号又は6－3号〕に疑義内容、根拠等を記入すること。

疑義付箋記入の際の留意事項

- ① 疑義とした根拠を明確に記載すること。
- ② 必要に応じ、根拠とした資料、本の名称、頁等を記入すること。
- ③ 単純な請求誤り及び解釈誤りによるものは正しい内容を記載するが、その際必要に応じて計算式を記入すること。
- ④ 短文で簡潔にもれなく記入すること。

3. 審査点検の検証

上記2の疑義付箋及びレセプトの補正内容について、正規職員（医療監察官等）及び再任用職員による検証を行うこと。

- (1) 「単純な請求誤り」及び「解釈誤り」については、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕の審査点検内容、根拠、増減額等を確認するとともに、レセプトに正しい内容が記載されているか検証すること。

なお、誤り等がある場合には疑義付箋に赤字等で修正を行うとともに、レセプトに改めて正しい内容を記載すること。

- (2) 「行政判断を要するもの」については、内容を検証し、必要に応じて疑義付箋に指示内容を記載すること。

(3) 指定医療機関等への文書による照会

ア 文書により照会する場合は、提出期限を定め、照会状（「請求内容の照会について」〔医第7-1号〕又は「診療内容等の照会について」〔医第8-1号〕）により行うこと。この際、「指定医療機関等への照会整理簿（以下「照会整理簿」という。）」〔医第10号〕に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けた上で照会を行うこと。

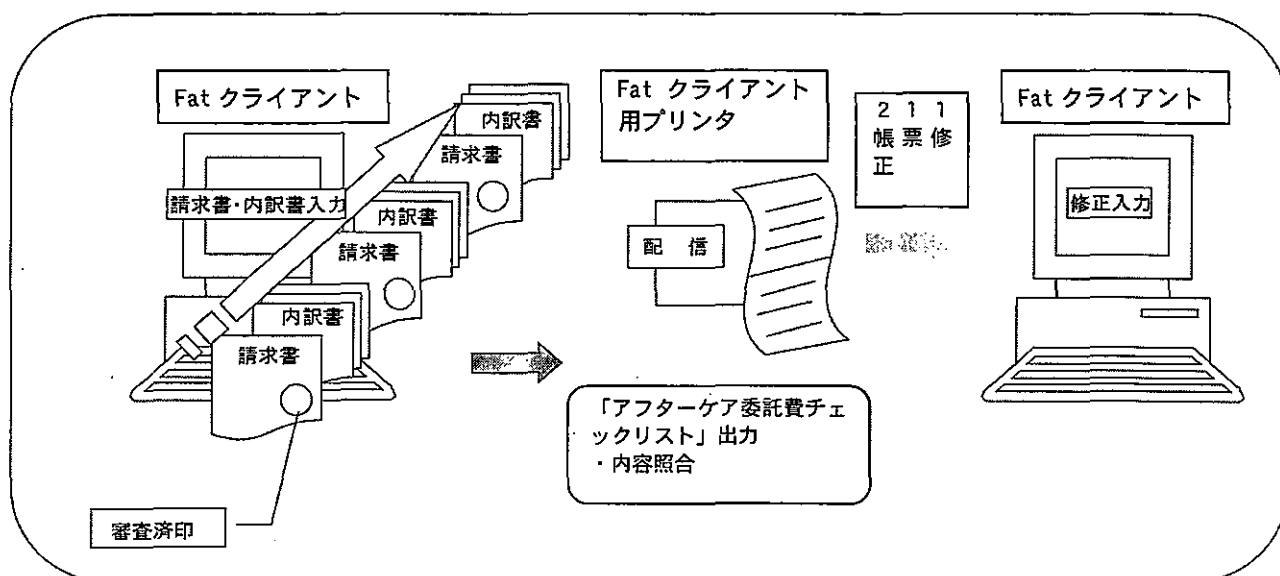
その際、送付した照会状の写しと該当事案のレセプトの写しを、照会整理簿に編綴すること。

イ 照会に対する回答を得た場合は、照会整理簿に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けること。

ウ 指定医療機関等からの回答が提出期限を過ぎても得られない場合は、適宜、電話にて督促を行うとともに、経過について疑義付箋〔医第6-1号又は6-3号〕及び照会整理簿に記入する。これによっても提出が得られない場合は、労災補償課長の決裁を受けた上で、「請求内容の照会について（督促）」〔医第7-3号〕又は「診療内容等の照会について（督促）」〔医第8-3号〕により行うこと。

IV 審査点検後処理

1. 審査後入力処理



(1) 審査後入力の決裁

審査後入力を行うアフターケア委託費請求書等について、労働基準部長が審査後入力確認書（医第14号）を用いて決裁を行うこと。

(2) 請求書に審査済印を押印すること。

(3) 審査済印を確認後、請求書、内訳書（続紙等を除く）は、「労災保険業務機械処理事務手引 アフターケア業務編」によりFatクライアントに入力を行うこと。

(4) 配信後処理及び支払前修正入力処理

入力後、即時又は翌日に1日単位で「アフターケア委託費チェックリスト」等が出力されるので、入力データの確認を行うこと。

なお、レセプトの修正等が必要な場合は、アフターケア委託費項目修正帳票（以下「修正帳票」という。）を作成し、労働基準部長（ただし、形式的な誤り又は誤読若しくは指定医療機関に修正内容の確認を行った修正については労災補償課長）の決裁を受けた上で修正処理を行うこと。

2. 不支給・保留等処理

(1) 不支給処理

不支給処理を行う場合は、修正帳票の「不支給決定年月日」及び「処理区分」の項目に所定コードを記入し労働基準部長の決裁を受けた上で、F a tクライアントに入力を行うとともに、該当するレセプトに「決定年月日」、「処理区分」を記入すること。

(2) 保留処理

指定医療機関等に照会等のために保留する場合は、該当するレセプトの「処理区分」の項目に所定のコードを記入し、F a tクライアントに入力を行うこと。

(3) 不支給・保留等整理

ア 不支給、保留又はエラーとなったレセプトがある場合には、請求書グループから分離し、請求書の余白に、労働者氏名及び金額並びに保留等の理由を記入すること。

イ 分離した不支給、保留又はエラーとなったレセプトには、請求書の写しを作成し添付すること。

保留又はエラーとなった事案については、所定の場所に処理が確定するまで保管する。不支給となった事案については、月ごとに取りまとめの上、所定の綴りに編綴すること。

(4) 保留解除となった場合は、必要に応じ修正帳票を作成し、労災補償課長の決裁を受けた上でF a tクライアントに入力を行うこと。

3. 支払額の確認

(1) 支払期別等に本省から送付される「アフターケア委託費審査確認書」及び「アフターケア委託費審査確認内訳書」を機械処理済請求書等、修正帳票及びアフターケア委託費チェックリスト等関連書類と照合、確認を行うこと。

- (2) 「アフターケア委託費審査確認書」の決裁を受けた上で、請求書に支払済印を押印すること。

4. 編 綴

機械処理が終了した請求書等については、証拠書の最初に「アフターケア委託費審査確認書」を配置し、その後に請求書等を指定医療機関等番号順に、支払月別に編綴する。

また、保留又はエラーが解消され支払が行われた場合も同様に編綴すること。

なお、疑義付箋は請求書等から分離し別束とすること。

修正帳票を作成した場合は、金額の修正に係るもののみ該当レセプトとともに証拠書に編綴する。また、金額の修正以外のものについては、証拠書と別に編綴すること。

V その他

請求書等の管理・保管

請求書等は国の支出計算書付属証拠書となる重要な書類であることから、紛失等の事故がないよう、その管理・保管については、万全を期する必要がある。

VI 様式集

審査点検等業務関係様式 (アフターケア委託費関係各種様式)

様式番号	様式名称	項目	用途
医第2号	アフターケア委託費請求書等受付簿	(アフターケア)	指定病院等からの請求書等の受付簿
医第3号	請求書等の内容の不備返戻について	(各請求書共通)	請求書等の記載に不備があり、修正を指示する様式
医第4号	請求書等不備返戻整理簿	(各請求書共通)	請求書等の不備について返戻の処理経過を管理する処理簿 ※不備返戻の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第6-1号	疑義付箋(審査点検用)	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第6-3号	疑義付箋	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件及び審査委員会に付託する事案等の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第7-1号	請求内容の照会について	(訪問看護除く)	審査点検の中での請求内容の疑義について照会する様式
医第7-2号	請求内容の照会について(回答)	(訪問看護除く)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第7-1号に添付のうえ、送付すること。
医第7-3号	請求内容の照会について(督促)	(訪問看護除く)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第8-3号	診療内容等の照会について(督促)	(訪問看護除く)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第10号	指定医療機関等への照会整理簿	(各請求書共通)	医療機関等への照会の処理経過を管理する処理簿 ※医療機関等へ照会の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第14号	審査後入力確認書	(アフターケア)	審査が完了した請求書等を入力前に把握する様式 審査が完了した診療費請求書等を入力を行う前に、労働基準部長に承認を受ける様式

アフターケア委託費請求書等受付簿

平成	年	月	日	送付	請求書	件	内訳書	件
----	---	---	---	----	-----	---	-----	---

[illegible]

医第3号

整 理 番 号	第	号	平成	年	月	日
殿 労働局労働基準部 労災補償課長 請求書等の内容の不備返戻について さきに貴殿から提出された別紙の請求書等は、下記の理由（○印）により返戻します。再提出が必要な場合は、至急お調べのうえ、折り返し送付して下さい。 記 1. 返戻依頼による 2. 重複請求のため 3. 請求書の金額誤りのため 4. その他						

- 注意
- 再提出の際には、この付箋を必ず添付して下さい。
 - 特に説明を要する場合は、別紙に記入して提出して下さい。
 - 請求書等の訂正箇所には必ず訂正印を押して下さい。

医第4号

請求書等不備返戻整理簿（診，薬，ア，訪，二）（平成 年度分）

[illegible]

※ 不備返戻文書の控に請求書等の写しを添付して整理簿に編綴する。

疑義付箋（審査点検用）

（診療費・薬剤費・アフターケア・訪問看護・二次健診）

労働者氏名	[年 月分] (歳)	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名	請求金額 円
-------	-------------------	---------------------	-----------

コード	番号	審査点検疑義事項等			
		A:算定可 B:算定不可 C:照会 D:その他		担当者	検証担当者
		*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断
*1 疑義件数	増額 件 減額 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
*6 医療担当責任者了承		増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
結果	A:支払可 B:査定 C:審査委員会付託 D:文書照会 E:保留 F:指導 G:疑義不的確				

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

疑 義 付 箋

(診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診)

労働者氏名		[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名		請求金額	
		(歳)			円	
傷 病 名						
審 査 点 検					担当者	検証担当者
				A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他		
		*2 単純な請求誤		*3 解釈誤		*4 行政判断
		*5 医学的判断				
*1 疑義件数 増額 件 減額 件		増 減 件		増 減 件		増 減 件
*6 医療担当責任者了承		増 減 件		増 減 件		増 減 件
審 査 委 員 会						
審査結果		イ:適正 ロ:照会 ハ:査定(A:不適応 B:過剰 C:重複 D:私病 E:その他)				担当委員
結 果		A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義不的確				

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2 から * 5 は * 1 の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2 単純な請求誤」、「* 3 解釈誤」、「* 5 医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5 の各件数のうち * 2 及び * 3 は疑義内容どおり了承されたもの、* 4 及び * 5 は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第 6－2 号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1 疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

医第7-1号

第 号

平成 年 月 日

病院（診療所）長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

請求内容の照会について

月 日に請求のありました 費の請求内容の内、下記の事項が審査に当たって必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
		担当者名	印

医第7-2号

第 号

平成 年 月 日

労働局労働基準部
労災補償課長 行

病院（診療所）

印

請求内容の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
担当者			

医第7-3号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局労働基準部

労災補償課長

請求内容の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る 費の請求内容の照会につきまして、未だ回答の提出がされていません。

審査のために必要がありますので、 月 日までにご回答頂きますようお願いします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

医第 8-3 号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局 労災補償課長

診療内容等の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る症状等の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

支払処理のために必要がありますので、月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

指定医療機関等への照会整理簿（診・薬・ア・訪・二）（平成 年度分）

整理番号	照会状 様式番号	受付日	指定医療機関等		労働者名	処理日		担当者	検証担当者	備 考	完結 確認印 (検証担当者)
			番号	名称		照 会	回 答				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				

* 照会文書の控にレセプト等の(写)を添付すること。

決 裁	部 長	課 長	

年 月 日

審 査 後 入 力 確 認 書

____年____月分の下記の審査が完了したアフターケア委託費請

求書等について、審査後入力してよろしいか、お伺いします。

アフターケア委託費 _____ 件

アフターケア薬剤費 _____ 件

二 次 健 康 診 断 等 費 用 審 査 点 検 等 取 扱 手 引

(平成 2 3 年度版)

厚生労働省労働基準局

二次健康診断等請求書審査点検等取扱手引

目 次

凡 例	-----	1
I 二次健康診断等給付業務の概要	-----	2
1 二次健康診断等給付業務の目的	-----	2
2 支給事由	-----	2
3 給付内容	-----	2
4 二次健康診断等請求書等審査点検業務の流れ	-----	5
II 二次健康診断等請求書等受付業務	-----	6
1 二次健康診断等費用請求書等及び二次健康診断等給付請求書の提出先	-----	6
2 受付印押印	-----	6
3 保険給付請求書処理簿の作成	-----	6
4 受付後事務処理	-----	6
III 審査点検業務	-----	1 0
1 審査点検	-----	1 0
2 審査点検後事務処理	-----	1 1
IV 審査点検後処理	-----	1 3
1 事前入力処理	-----	1 3
2 入力後処理	-----	1 4
3 保留等整理	-----	1 4
4 審査点検の検証	-----	1 4
5 労働局間の事務処理	-----	1 5
6 決定決議及びOCR入力(決議後入力)	-----	1 5
7 不支給決定後の処理	-----	1 5
8 支払額の確認	-----	1 5
9 編綴	-----	1 6
V その他	-----	1 6
請求書等の管理・保管	-----	1 6
VI 支給基準及び審査基準	-----	1 7
1 支給基準(給付請求書)	-----	1 7
2 審査点検の基準(レセプト)	-----	2 0
3 支給額	-----	2 1
VII 様式集	-----	2 2

凡 例

- 本手引の用語等の引用については、概ね次の略語を用いた。

略 称	名 称 等
内訳書・レセプト	二次健康診断等費用請求内訳書
給付キー	労働保険番号、労働者の生年月日、二次健康診断受診年月日等又は年金証書の番号をまとめたの呼称
費用請求書	二次健康診断等費用請求書
給付請求書	二次健康診断等給付請求書
請求書等	二次健康診断等費用請求書、二次健康診断等費用請求内訳書、二次健康診断等給付請求書及び一次健康診断結果書をまとめたの呼称
費用請求書等	二次健康診断等費用請求書及び二次健康診断等費用請求内訳書をまとめたの呼称
修正帳票	二次健康診断等給付基本・請求情報修正帳票

I 二次健康診断等給付業務の概要

1 二次健康診断等給付業務の目的

労働者の業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患（以下「脳・心臓疾患」という。）の発症の予防を図るため、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等の結果、脳・心臓疾患を発症するリスクが高い健康状態にあると認められる労働者に対し、二次的な健康診断と医師等による保健指導の給付（以下「二次健康診断等給付」という。）を行うことを目的とする。

2 支給事由

二次健康診断等給付は、労働者が労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断又は当該健康診断に係る同条第5項ただし書きの規定による健康診断のうち、直近のもの（以下「一次健康診断」という。）において、①血圧、②血中脂質、③血糖、④腹囲の検査又はBMI（肥満度）のすべての検査項目において異常の所見があると診断され、かつ、脳・心臓疾患の症状を有していないと認められる場合に、当該労働者の請求に基づき支給するものである。

ただし、一次健康診断の担当医が上記①から④の検査については異常なしの所見と診断した場合であっても、労働安全衛生法第13条第1項に基づき当該検査を受けた労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師（地域産業保険センターの医師及び小規模事業場が共同選任した産業医の要件を備えた医師等）（以下「産業医等」という。）が、一次健康診断の担当医が異常なしの所見と診断した検査項目について、当該検査を受けた労働者の就業環境等を総合的に勘案し異常の所見があると診断した場合には、産業医等の意見を優先し、当該検査項目については異常の所見があると診断されたものとみなす。

3 給付内容

（1）二次健康診断等給付は、「二次健康診断」及び「特定保健指導」の実施を内容とする。

ア 二次健康診断

二次健康診断では、脳血管及び心臓の状態を把握することを目的として、次の検査を実施する。

項 目	内 容
① 空腹時血中脂質検査	空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライド（中性脂肪）の量により血中脂質を測定する検査。
② 空腹時の血中グルコースの量の検査 （空腹時血糖値検査）	空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した血中グルコースの量（血糖値）を測定する検査。 ※ グルコース＝ブドウ糖
③ ヘモグロビンA1c（エーワンシー）検査	食事による一時的な影響力が少なく、過去1～2ヶ月間における平均的な血糖値を表すとされているヘモグロビンA1cの割合を測定する検査。 ※ 一次健康診断において当該検査を行った場合を除く。 ※ ヘモグロビンA1c検査＝ヘモグロビンにグルコースが結合したもの。
④ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査 （心エコー検査）	・ 負荷心電図検査 階段を上り下りしたり、ベルトコンベアの上を歩くなどの運動により心臓に負荷を加えた状態で、心電図を計測する検査。 ・ 胸部超音波検査（心エコー検査） 超音波探触子を胸壁にあて、心臓の状態を調べる検査。 ※ いずれか一方の検査に限る。
⑤ 頸部超音波検査 （頸部エコー検査）	超音波探触子を頸部にあて、脳に入る動脈の状態を調べる検査。
⑥ 微量アルブミン尿検査	尿中のアルブミンの量を精密に測定する検査。 ※ 一次健康診断において尿蛋白検査の所見が疑陽性（±）又は弱陽性（+）である者に限る。 ※ アルブミン＝血清中に多く存在するタンパク質の1種。

イ 特定保健指導

特定保健指導は、二次健康診断の結果に基づき、脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、医師又は保健師の面接により行われる栄養指導、運動指導及び生活指導であり、各指導の内容は次のとおり。

項 目	内 容
① 栄養指導	適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導。
② 運動指導	必要な運動の指針を示す指導。
③ 生活指導	飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に係る指導。

(2) 支給方法

二次健康診断等給付は、脳血管及び心臓の状態を把握するための検査を実施する医療機関等のうち、労災病院又は都道府県労働局長の指定する病院若しくは診療所（以下「健診給付病院等」という。）において、直接二次健康診断及び特定保健指導そのものを支給する、いわゆる現物給付により行う。

(3) 給付の請求

二次健康診断等給付を請求する労働者（以下「請求労働者」という。）は、「二次健康診断等給付請求書」（以下「給付請求書」という。）を、健診給付病院等を経由して、請求労働者の所属する事業場の所在地を管轄する都道府県労働局に提出する。

なお、請求の際には、一次健康診断の結果を証明することができる書類（以下「一次健診結果書」という。）を添付すること。

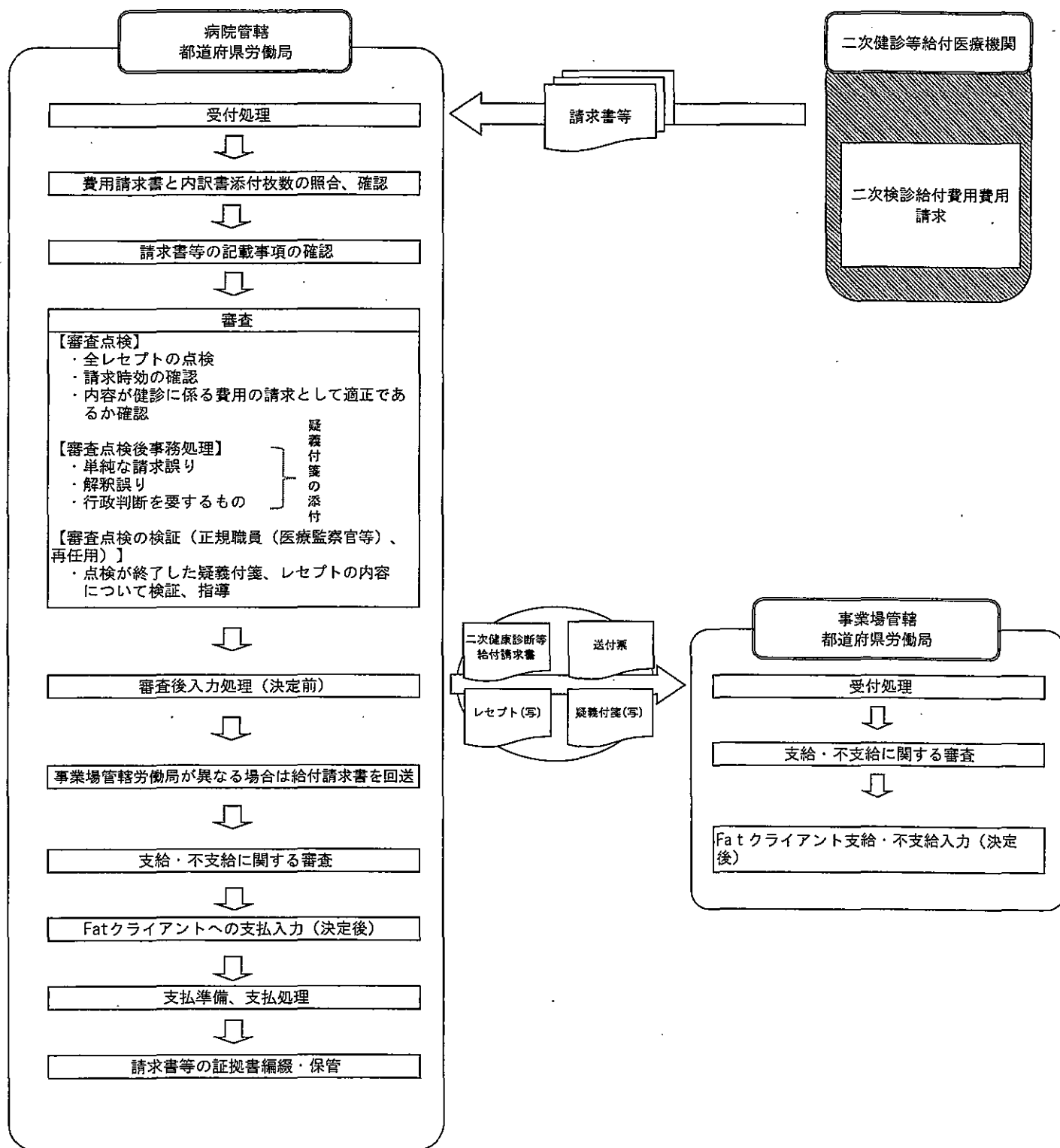
また、請求労働者は、給付請求書に記載された一次健康診断の受診年月日及び一次健診結果書について、事業主の証明を受けなければならない。

(4) 給付費用の請求（健診給付病院等における請求）

健診給付病院等が二次健康診断等給付の費用を請求するときは、二次健康診断等費用請求書（以下「費用請求書」という。）及び二次健康診断等費用請求内訳書（以下「内訳書」という。）により、各月10日（閉庁日の場合は先送り）までに行うこと。

また、その際に健診給付病院等は上記（3）により請求労働者から提出された給付請求書及びその添付書類である一次健診結果書を併せて健診給付病院等の所在地を管轄する都道府県労働局へ提出すること。

4 二次健康診断等請求書等審査点検業務の流れ



Ⅱ 二次健康診断等請求書等受付業務

1. 二次健康診断等費用請求書等及び二次健康診断等給付請求書の提出先

- (1) 費用請求書等は、健診給付病院等の所在地を管轄する労働局長（以下「管轄労働局長」という。）あて提出させること。
この際、請求労働者の所属する事業場の所在地を管轄する労働局長（以下「所轄労働局長」という。）が異なる場合についても、管轄労働局長あて提出させること。
- (2) 請求に当たっては、給付請求書、費用請求書、内訳書の順に束ねて提出させること。

2. 受付印押印

健診給付病院等から、請求書等が提出された場合は、所定の受付日付印を請求書の受付印欄に押印し、給付請求書の「④受付年月日」欄及び費用請求書の「②※受付年月日」欄にボールペン等で受付年月日を記入すること。

なお、請求書等が、提出締切日である毎月10日（閉庁日の場合は先送り。）を過ぎて提出された場合は、原則として翌月の審査案件とすること。

受付日付印は、請求書等の時効期限等に関して重要な意味を持つので、請求書等が提出された場合は、記載内容の不備の有無に関わりなく直ちに押印すること。

3. 保険給付請求書処理簿の作成

保険給付請求書処理簿に整理番号、受付年月日、労働保険番号及び請求人氏名について記入すること。この場合、保険給付請求書処理簿の「収受番号」の欄には整理番号を、また「収受年月日」の欄には受付年月日をそれぞれ記入すること。

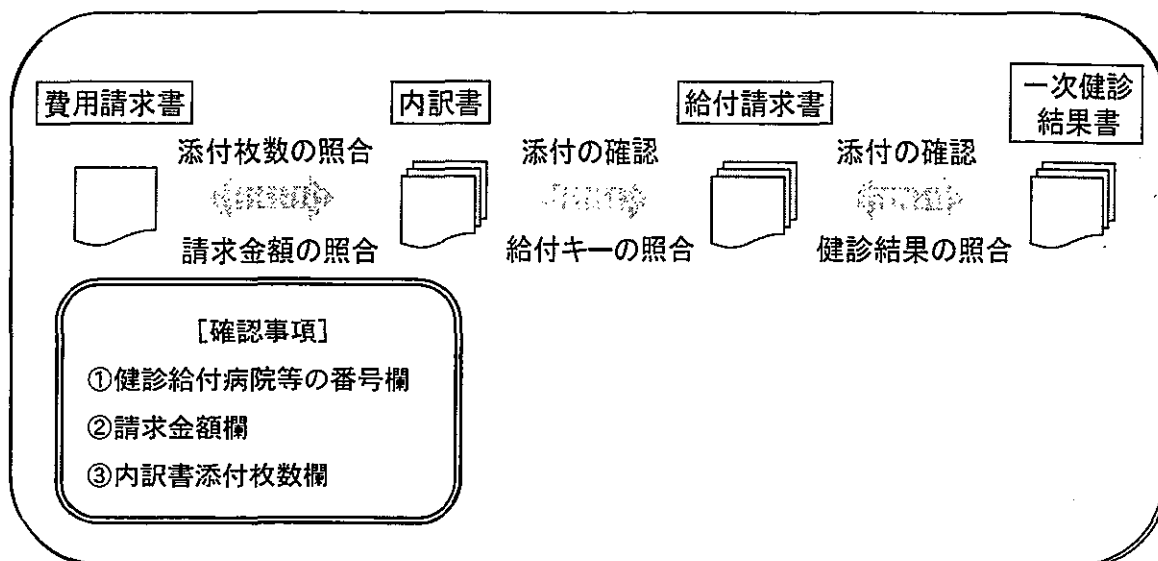
ただし、不備返戻した給付請求書を再受付した場合には、再度記載する必要はないこと。

4. 受付後事務処理

- (1) 費用請求書と内訳書添付枚数の照合、確認

費用請求書、内訳書、給付請求書及び一次健診結果書が提出されるので、費用請求書の「④内訳書添付枚数」欄と添付内訳書枚数の照合、並びに給付請求書、一次健診結果書の添付を確認する。

給付請求書及び一次健診結果書が未提出のものは、提出の指導を行うこと。



(2) 請求書等の記載事項の確認

ア 請求金額の確認

費用請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑩請求額」欄の合計が一致しているか否かを照合、確認すること。

また、このとき¥記号の記入もれについても確認する。

イ ア以外の記載に係る確認

費用請求書

(ア) 請求人の欄（記名押印又は署名）にもれがないか、確認すること。

(イ) 「①健診給付病院等の番号」と健診給付病院等の名称（「請求人（病院又は診療所）の名称」欄）について指定医療機関台帳（指定医療機関等における「指定医療機関台帳」に準ずるもの。）と突合すること。

(ウ) 「⑤請求年」、「⑥請求月」が「②※受付年月日」と同一年月になっていないか等日付の整合性を確認すること。

(エ) 「④内訳書添付枚数」が内訳書枚数と一致しているか確認すること。

内 訳 書

健診給付病院等の番号、健診給付病院等の名称、「②労働保険番号」、「④労働者のシメイ」、「⑦労働者の生年月日」、「⑨二次健康診断受診年月日」等の記入もれについて確認すること。

給付請求書

(ア) 費用請求書と内訳書の給付キーの照合を行うこと。

(イ) 「⑪一次健康診断受診年月日」と一次健診結果書の受診日に相違がないことを確認すること。

また、「⑪一次健康診断受診年月日」と「⑫請求年月日」の間が3か月を超えていないかを確認し、超えている場合は、理由欄の記載の有無を確認し、「⑧特例コード」欄に該当するコード番号を記入すること。

(ウ) 一次健康診断結果欄と一次健診結果書の記載が一致するか確認すること。

なお、「⑭血圧」、「⑮血中脂質」、「⑰血糖」、「⑱腹囲の検査又はBMI」のいずれかが「3」（異常所見なし）の場合は、次の項目について確認し、「⑧特例コード」欄に該当するコード番号を記入すること。

- ・ 一次健康診断結果欄の「異常所見なし」項目と裏面枠内の産業医等の診断項目との一致
- ・ 裏面枠内の産業医等の記名押印又は署名の有無

（二次健康診断等給付を受けるための要件については、17頁「Ⅵ支給基準及び審査基準 1. 支給基準（給付請求書）」を参照のこと。）

(エ) 事業主及び請求人の記名押印又は署名の有無を確認すること。

(3) 不備返戻について

費用請求書の「③請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「⑩請求額」欄の合計が一致しないもの、記名であるにもかかわらず請求人印・証明印等がもれているもの又は請求内容の著しい誤り等補正し難いものは、「請求書等不備返戻整理簿（以下「返戻整理簿」という。）」〔医第4号〕に記入し労災補償課長の決裁を受け、「請求書等の内容の不備返戻について」〔医第3号〕を費用請求書等に添えて不備返戻を行うこと。

その際、請求書等と「請求書等の内容の不備返戻について」の写しを処理が完結するまで保管すること。

処理が完結した際は、返戻整理簿に労災補償課長の決裁を受けること。

(4) 補正について

請求書に記載された内訳書の添付枚数が一致しないもの、請求書・内訳書の金額以外の軽微な記載誤り等、健診給付病院等に電話照会等によって補正（差し替えを含む。）ができるものについては、返戻することなく処理し、不備返戻はできる限り行わないようにする。

電話照会等により補正が行われた際には、各該当用紙の余白に「確認月日、健診給付病院等担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

Ⅲ 審査点検業務

1. 審査点検

(1) 全レセプトの「全項目」について審査点検を行うこと。

(2) 請求時効の確認を行うこと。

費用請求の請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって3年とされているため、二次検診受診日の属する月の翌月の初日から起算して3年を経過した診療費については、請求権を失うこととなる。

よって、費用請求については、費用請求書の受付日付印、内訳書の二次健康診断受診年月日を、また給付請求については、給付請求書の請求年月日、一次健康診断受診年月日を照合し、時効を過ぎていると思われるものについては、健診給付病院等に確認すること。

なお、二次健康診断等を受ける権利は、労災保険法第42条の規定により、労働者が一次健康診断の結果を了知し得る日の翌日から起算して2年で時効により消滅することとなるが、この権利について時効が問題となるのは、特定保健指導を受ける場合であり、二次健康診断等給付の請求は、労災保険法施行規則第18条の19により、一次健康診断を受けた日から原則3ヶ月以内にしなければならないことに留意すること。

(3) 支給対象及び費用の審査を行うこと。

審査点検の基準については、20頁「Ⅵ支給基準及び審査基準 2. 審査点検の基準（レセプト）」に基づき点検すること。

(4) 健診給付病院等への電話による照会

照会の結果、補正を行う際には、各該当用紙の余白及び疑義付箋に「確認月日、健診給付病院等担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

健診給付病院等に対する電話照会に当たって、医学専門的な事項に関する照会の場合は、労災医療について相当程度の知識を有する担当者が行う等、相手方との無用なトラブルが起こらないよう配慮すること。

2. 審査点検後事務処理

- (1) 疑義事項の全てについて疑義付箋を作成すること。
- (2) 疑義が解消した場合には、レセプトに正しい内容を記載すること。

単純な請求誤り

・・・ 17頁「Ⅵ支給基準及び審査基準（以下「Ⅵ支給基準等」という。）に記載された金額の転記誤り、計算誤り等に係るものについては、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

解釈誤り

・・・ Ⅵ支給基準等に明確な支給要件が記載されている場合に、その要件の解釈を誤って算定しているものについては、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

行政判断を要するもの

・・・ Ⅵ支給基準等の支給要件について個別の行政判断によって結論を出すものについては、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕に疑義内容、根拠等を記入すること。

疑義付箋記入の際の留意事項

- ① 疑義とした根拠を明確に記載すること。
- ② 短文で簡潔にもれなく記入すること。

健診給付病院等への文書による照会

- ① 文書により照会する場合は、提出期限を定め、照会状（「請求内容の照会について」〔医第7－1号〕又は「診療内容等の照会について」〔医第8－1号〕）により行うこと。この際、「指定医療機関等への照会整理簿（以下「照会整理簿」という。）」〔医第10号〕に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けた上で照会を行うこと。
その際、送付した照会状の写しと該当事案のレセプトの写しを、照会整理簿に編綴すること。
- ② 照会に対する回答を得た場合は、照会整理簿に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けること。
- ③ 健診給付病院等からの回答が提出期限を過ぎても得られない場合には、適宜、電話にて督促を行うとともに、経過について疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕及び照会整理簿に記入すること。これによっても提出が得られない場合は、労災補償課長の決裁を受けた上で、「請求内容の照会について（督促）」〔医第7－3号〕又は「診療内容等の照会について（督促）」〔医第8－3号〕により行うこと。

IV 審査点検後処理

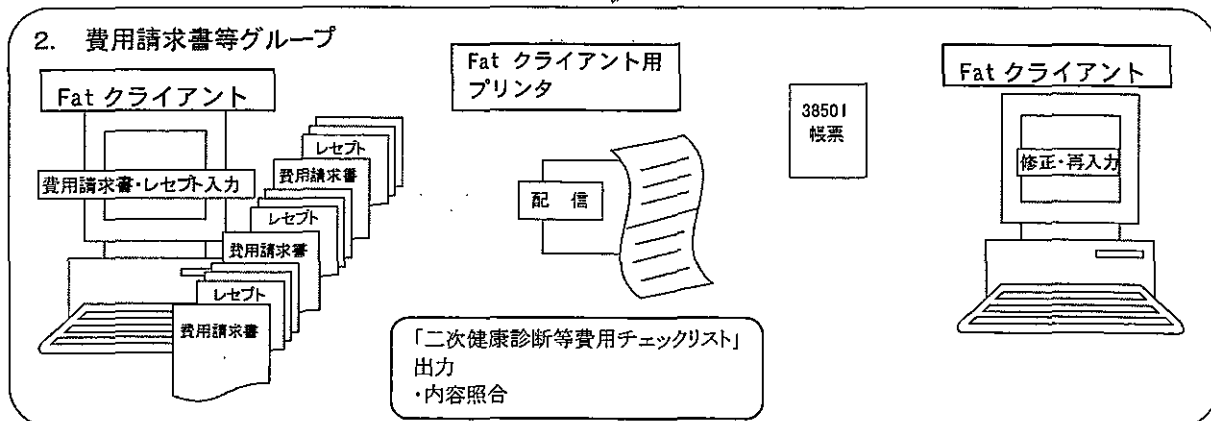
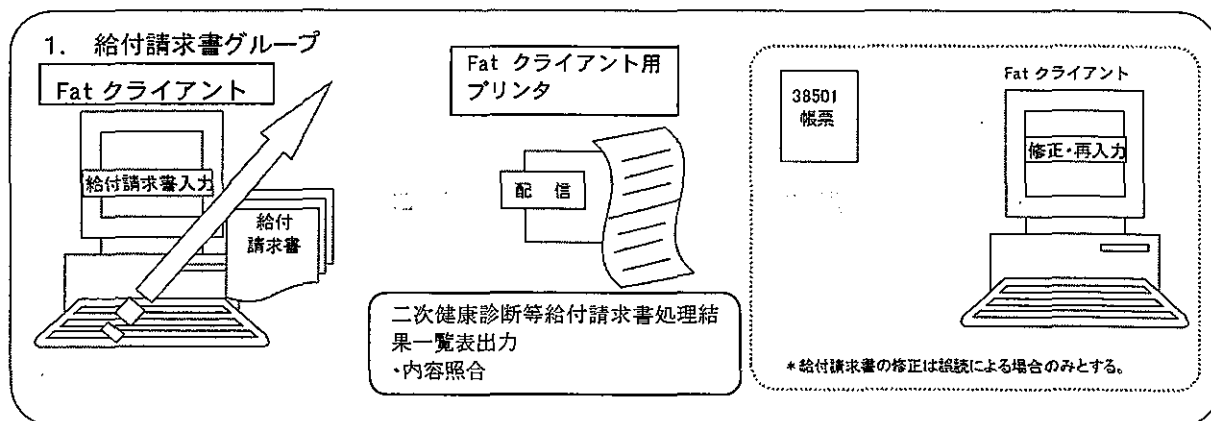
1. 事前入力処理

給付請求書、費用請求書、レセプトを、「労災保険業務機械処理事務手引 二次健康診断等給付業務編」に基づき、Fat クライアントに入力すること。

入力は診療費審査業務部門に設置している Fat クライアントによること。

(従前、受託者の事務所に設定していた Fat クライアント。)

- (1) 給付請求書、費用請求書、レセプトを、「給付請求書のグループ」と「費用請求書及びレセプトのグループ」に分けること。
- (2) 「給付請求書グループ」の Fat クライアントに入力を行うこと。
- (3) 「費用請求書及びレセプトのグループ」の Fat クライアントに入力を行う。



2. 入力後処理

(1) 給付請求書

入力の翌日、1日単位で「二次健康診断等給付請求書処理結果一覧表」が出力されるので、入力内容と照合を行うこと。

(2) 費用請求書等

入力の翌日、1日単位で「二次健康診断等費用チェックリスト」が出力されるので、入力内容と照合を行うこと。

エラー又はキャンセルになった場合は、その原因を確認し、再入力又は修正帳票を作成し都道府県労働局長の決裁を受けた上で修正処理を行うこと。

3. 保留等整理

(1) 健診給付病院等へ照会中の事由等で保留する場合は、レセプト又は修正帳票の「処理区分」の項目に所定のコードを記入し、都道府県労働局長の決裁を受けたうえでFatクライアントに入力を行うこと。

(2) 保留レセプトは費用請求書等グループから分離し、費用請求書の余白に、労働者氏名及び金額並びに保留等の理由を記入すること。

また、分離したレセプトには、費用請求書の写しを作成し添付すること。

(3) 処理が確定するまで疑義付箋とともに保管すること。

なお、回答を得た場合は、疑義付箋に結果を記入し、必要に応じてレセプトの修正を行うこと。

(4) 疑義が解決し保留解除となった場合は、修正帳票を作成し、都道府県労働局長の決裁を受け、Fatクライアントに入力を行う。

4. 審査点検の検証

審査点検及びFatクライアントの入力終了後、疑義付箋及びレセプトに正しい内容が記載されているかについて、正規職員（医療監察官等）及び再任用職員による検証を行うこと。

5. 労働局間の事務処理

管轄労働局長と所轄労働局長が異なる場合、管轄労働局長は、審査点検結果報告書（医第12-1号）及び送付票を作成し、下記（ア）から（キ）までの書類を添付して、所轄労働局長あて送付すること。

- （ア） レセプトの写し
- （イ） 給付請求書及び一次健診結果書
- （ウ） 疑義付箋の写し
- （エ） 二次健診等給付請求書審査点検結果報告書（医第13号）
- （オ） 処理結果一覧表の写し
- （カ） 二次健康診断費用チェックリストの写し
- （キ） 修正帳票（基本情報）

6. 決定決議及びFat クライアント入力（決議後入力）

必要な調査確認を行った上で、給付請求書下欄の「支給・不支給決定決議書」により決議すること。

決裁後、給付請求書の「⑥処理区分」欄及び「⑦支給・不支給決定年月日」欄に必要項目を記入の上、Fat クライアントに入力する。

7. 不支給決定後の処理

不支給決定を行ったものについては、決議書のFat クライアント入力により出力される「二次健康診断等給付不支給（変更）決定通知書」（帳票種別620）に不支給理由を記載し、目隠しシールを貼付して簡易書留郵便にて請求労働者に通知すること。

8. 支払額の確認

管轄労働局は、本省から送付される「二次健康診断等費用審査確認書」及び「同内訳書」を機械処理済費用請求書等及び二次健康診断等費用チェックリストと確認の上、管轄労働局長の決裁を受けること。

9. 編 綴

機械処理が終了した給付請求書等については、請求書等を指定医番号順に、支払月別に編綴すること。

また、保留又はエラーが解消され支払が行われた場合も同様に編綴すること。

なお、疑義付箋は請求書等から分離し別束とすること。

V その他

請求書等の管理・保管

請求書等は国の支出計算書付属証拠書となる重要な書類であることから、紛失等の事故がないよう、その管理・保管については、万全を期する必要がある。

VI 支給基準及び審査基準

(平成13年3月30日付け基発第233号及び基発第234号(最終改正、平成20年4月1日付け基発第0401042号)より)

1. 支給基準(給付請求書)

- (1) 二次健康診断等給付は直近に行われた一次健康診断において、血圧、血中脂質、血糖、腹囲の検査又はBMI(肥満度)のすべての検査項目において異常の所見があると診断された場合に受給できる。

ただし次の場合は、二次健康診断等給付を受ける要件を満たしていても受給できない。

- ① すでに脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有している場合
- ② 二次健康診断等給付の請求日が一次健康診断の受診日から3か月経過している場合
- ③ 同一年度内に二次健康診断等給付をすでに1回受給している場合

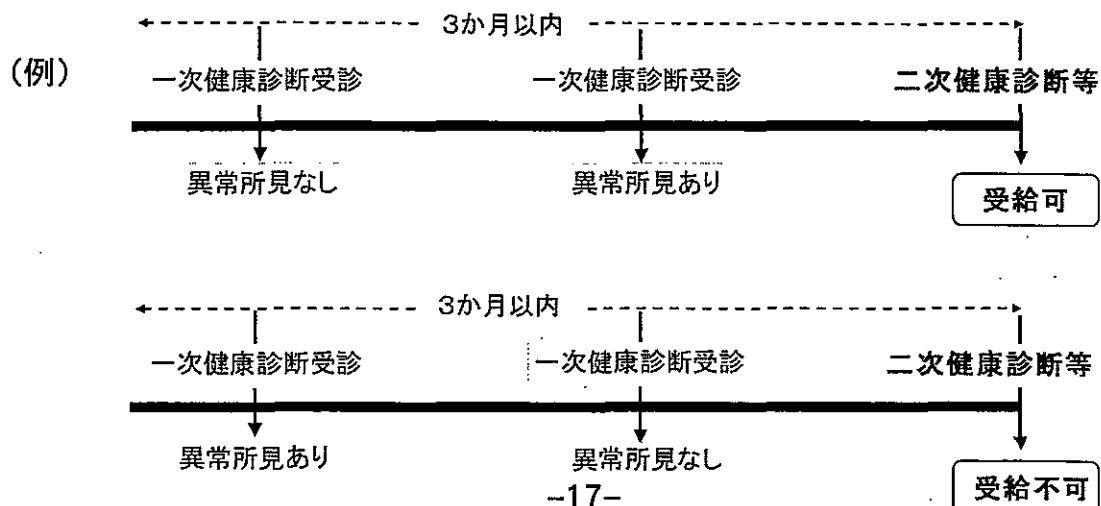
なお、一次健康診断の結果では「異常の所見」が認められない場合であっても、産業医等が異常の所見が認められると判断した場合には、二次健康診断等給付の対象となる。

「異常の所見」とは、検査の数値が高い場合(高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)にあっては低い場合)であって、「異常なし」以外の所見を指すものをいう。

また、血中脂質についての「異常の所見」とは、具体的には次の検査項目のいずれか一つ以上に異常の所見が認められる場合をいう。

- 低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)
- 高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)
- 血清トリグリセライド(中性脂肪)

- (2) 過去3か月以内に複数回の一次健康診断を受診した場合は、直近の一次健康診断結果に基づき二次健康診断等の給付を行う。



⑭血圧 ⑮血中脂質 ⑰血糖 ⑱腹囲の検査又はBMI

一次検査医師（直近の定期検査医師等）における以下の検査結果について記入してください。

以下の①、②、③及び④の検査結果について、すべて「有」の九は三次検査費用給付を受け得ることとなります。

検査項目	検査結果
①血圧の測定における異常なし (4回1回を限る。)	有 ☐ 無 ☐
②血中の糖分検査における異常なし (1回1回を限る。)	有 ☐ 無 ☐
③尿糖検査	有 ☐ 無 ☐
④尿中の糖分検査における異常なし (1回1回を限る。)	有 ☐ 無 ☐
⑤眼底の検査及び視力・視野検査の測定における異常なし (1回1回を限る。)	有 ☐ 無 ☐
⑥尿蛋白検査について	有 ☐ 無 ☐
⑦尿糖検査結果について	有 ☐ 無 ☐

②〇 脳又は心臓疾患

題名	華商主の民権	著者	
国	(記入その書の国) であるときはその著作及び出版者の氏名	刊行年	(記入刊行又は発行者の氏名)
種別	労働者の研究事業		

⑧ 特例コード

1 3 か月超

二次健康診断等給付の請求日が一次健康診断の受診日から3か月経過している場合は、他の要件を満たしていても、受給できない。（＊2）

2 産業医等

一次健康診断の結果(「14 血圧」、「15 血中脂質」、「17 血糖」、「18 腹囲の検査又はBMI(肥満度)」)では「異常の所見」が認められない場合であっても、産業医等が異常の所見が認められると判断した場合には、二次健康診断等給付の対象となる。

- ※ 1 労働者が高血圧症、高脂血症、糖尿病等の個々の疾患について現に治療を受けている場合や、一次健康診断の結果において血圧、血中脂質、血糖、腹囲の検査又はBMI（肥満度）の各項目について「要治療」の判定がなされている場合であっても、医師により脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると診断されていない場合は、二次健康診断等給付の対象となる。

- * 2 天災その他請求しなかったことについてやむを得ない理由がある場合は除く。

なお、天災その他請求しなかったことについてやむを得ない理由とは、例えば次のような場合が考えられること。

ア 天災地変により請求を行うことができない場合。

イ 一次健康診断を行った医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた場合。

2. 審査点検の基準（レセプト）

二次健康診断等給付は、二次健康診断と特定保健指導を給付することであるが、それぞれの内容は次のとおりとする。

「レセプト第2号」
(都道府県労働局提出用)

健康保険 組合等の 名称	健康保険 組合等の 名称
振替口座 38701	振替口座 000000
受診者の氏名(カナ) 姓と名を別は1文字あげてください。	受診者の氏名(カナ) 姓と名を別は1文字あげてください。
受診者の生年月日 3月 5日 7年	受診者の生年月日 3月 5日 7年
受診者の住所 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1	受診者の住所 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
受診者の職業 会社員	受診者の職業 会社員
検査項目1 ⑪ 血中脂質	検査項目2 ⑫ 血糖 ... 「1」
検査項目3 ⑬ ヘモグロビンA1c ... 「1」又は「3」	※ 「1(有)」の場合 一次健康診断においてヘモグロビンA1c検査を実施していない場合に限り、支給する。
検査項目4 ⑭ 負荷心電図又は胸部超音波 ... 「1」又は「3」	検査項目5 ⑮ 頸部超音波 ... 「1」
検査項目6 ⑯ アルブミン	検査項目7 ⑰ 特定保健指導 ... 「1」又は「3」
⑱ 脳又は心臓疾患の症状 ... 「1」又は「3」	

二次健康診断等費用請求内訳書

⑪ 血中脂質 ⑫ 血糖 ... 「1」

⑬ ヘモグロビンA1c ... 「1」又は「3」

※ 「1(有)」の場合
一次健康診断においてヘモグロビンA1c検査を実施していない場合に限り、支給する。

⑭ 負荷心電図又は胸部超音波 ... 「1」又は「3」

⑮ 頸部超音波 ... 「1」

⑯ アルブミン

※ 「1(有)」の場合
一次健診結果欄⑲尿蛋白が「3」(擬陽性(±))又は「5」(弱陽性(+))の場合に限り、二次健康診断において微量アルブミン尿検査を支給する。

⑰ 特定保健指導 ... 「1」又は「3」

※ 「1(有)」の場合

⑱ 脳・心臓疾患の症状が「3(無)」の場合に支給する。

⑲ 脳又は心臓疾患の症状 ... 「1」又は「3」

3. 支給額

支給額は次の組合せ表により算出すること。

検 査 項 目		検 査 の 有 無 (有 : 1 無 : 3)							
⑪	空腹時血中脂質検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑫	空腹時血糖値検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑬	ヘモグロビンA1c検査	1	3	1	3	1	3	1	3
⑭	1 負荷心電図検査	3	3	3	3	1	1	1	1
	3 胸部超音波検査								
⑮	頸部超音波検査	1	1	1	1	1	1	1	1
⑯	微量アルブミン尿検査	1	1	3	3	1	1	3	3
⑰	1 特定保健指導を行った場合 (円)	31,046	28,935	29,996	27,885	29,996	27,885	28,946	26,835
	3 特定保健指導を行わない場合 (円)	24,746	22,635	23,696	21,585	23,696	21,585	22,646	20,535

VII 様式集

審査点検等業務関係様式
(二次健康診断関係各種様式)

様式番号	様式名称	項目	用途
医第3号	請求書等の内容の不備返戻について	(各請求書共通)	請求書等の記載に不備があり、修正を指示する様式
医第4号	請求書等不備返戻整理簿	(各請求書共通)	請求書等の不備について返戻の処理経過を管理する処理簿 ※不備返戻の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第6-1号	疑義付箋(審査点検用)	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第6-3号	疑義付箋	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件及び審査委員会に付託する事案等の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第7-1号	請求内容の照会について	(訪問看護除く)	審査点検の中での請求内容の疑義について照会する様式
医第7-2号	請求内容の照会について(回答)	(訪問看護除く)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第7-1号に添付のうえ、送付すること。
医第7-3号	請求内容の照会について(督促)	(訪問看護除く)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第8-3号	診療内容等の照会について(督促)	(訪問看護除く)	照会に対する回答のない医療機関への督促様式
医第10号	指定医療機関等への照会整理簿	(各請求書共通)	医療機関等への照会の処理経過を管理する処理簿 ※医療機関等へ照会の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第12-1号	審査点検結果報告書	(訪問看護除く)	審査点検を経た結果を労働局に報告する様式 ※二次健診給付請求書については、給付請求書の審査点検件数、二次健診給付請求書審査点検結果報告書の添付件数を記入すること。
医第13号	二次検診等給付請求書審査点検結果報告書	(二次健診)	二次検診等給付請求書の審査点検において疑義に挙げた案件の疑義内容等を記載する様式 疑義事項のある給付請求書ごとに作成する様式

医第3号

整 理 番 号	第	号	平成	年	月	日
殿 労働局労働基準部 労災補償課長 請求書等の内容の不備返戻について さきに貴殿から提出された別紙の請求書等は、下記の理由（○印）により返戻します。再提出が必要な場合は、至急お調べのうえ、折り返し送付して下さい。 記 1. 返戻依頼による 2. 重複請求のため 3. 請求書の金額誤りのため 4. その他						

- 注意 ○ 再提出の際には、この付箋を必ず添付して下さい。
- 特に説明を要する場合は、別紙に記入して提出して下さい。
- 請求書等の訂正箇所には必ず訂正印を押して下さい。

請求書等不備返戻整理簿（診・薬・ア・訪・二）（平成 年度分）

[illegible]

※ 不備返戻文書の控に請求書等の写しを添付して整理簿に編綴する。

疑義付箋（審査点検用）

（診療費・薬剤費・アフターケア・訪問看護・二次健診）

労働者氏名	[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名	請求金額
	(歳)		円

コード	番号	審査点検疑義事項等			
		A:算定可 B:算定不可 C:照会 D:その他		担当者	検証担当者
		*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断
*1 疑義件数	増額 件 減額 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
*6 医療担当責任者了承		増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
結果	A:支払可 B:査定 C:審査委員会付託 D:文書照会 E:保留 F:指導 G:疑義不的確				

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

労働者氏名		[年 月分] (歳)	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名		請求金額 円				
傷病名									
審査点検						担当者		検証担当者	
						A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他			
*1 疑義件数	増額	件	減額	件	*2 単純な請求誤	*3 解釈誤	*4 行政判断	*5 医学的判断	
					増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	
*6 医療担当責任者了承					増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	
審査委員会									
審査結果		イ：適正 ロ：照会 ハ：査定（Ａ：不適応 Ｂ：過剰 Ｃ：重複 Ｄ：私病 Ｅ：その他）						担当委員	
結 果		Ａ：支払可 Ｂ：査定 Ｃ：審査委員会付託 Ｄ：文書照会 Ｅ：保留 Ｆ：指導 Ｇ：疑義不的確							

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

医第7-1号

第 号
平成 年 月 日

病院（診療所）長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

請求内容の照会について

月 日に請求のありました 費の請求内容の内、下記の事項が審査に当たって必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
		担当者名	印

医第 7-2 号

第 号

平成 年 月 日

労働局労働基準部
労災補償課長 行

病院（診療所）

印

請求内容の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
担当者			

医第7-3号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局労働基準部

労災補償課長

請求内容の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る 費の請求内容の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

審査のために必要がありますので、月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

医第8-3号

第 号

平成 年 月 日

病院(診療所)長 殿

労働局 労災補償課長

診療内容等の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る症状等の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

支払処理のために必要がありますので、月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

指定医療機関等への照会整理簿（診・薬・ア・訪・二）（平成 年度分）

[illegible]

*照会文書の控にレセプト等の(写)を添付すること。

審査点検結果報告書

平成 年 月 日

労働局労働基準部
労災補償課長 殿

労働局労働基準部
労災補償課長

平成 年 月分の診療費・薬剤費・アフターケア委託費・二次健診等費用請求書等の審査点検結果を下記のとおり報告します。

記

請求書種別		審査点検内訳書件数	疑義付箋添付件数
診療費請求書			
薬剤費請求書			
アフターケア	指定医療機関等		
	指定薬局		
二次健診	給付請求書		
	費用請求書		
備考			

(注) なお、二次健診等給付請求書については、「審査点検内訳書件数」欄に給付請求書の審査点検件数を、「疑義付箋添付件数」欄に二次健診等給付請求書審査点検結果報告書の添付件数をそれぞれ記入すること。

医第 13 号

二次健診等給付請求書審査点検結果報告書

平成 年 月 日

労働局 労災補償課長 殿

労働局 労災補償課長

次の項目について疑義（不備）がありますので、報告します。

労働保険番号		二次健診年月日	
労働者氏名		生 年 月 日	

1 労働保険番号に誤りがあります。

2 一次健康診断受診年月日と請求年月日との間が3ヶ月を超えています。

3 一次健康診断結果に異常所見なしがあります。

4 事業主の署名又は押印がもれています。

5 請求人の住所、署名又は押印がもれています。

6 今年度において既に二次健康診断等給付の支給を受けていますが、日付の確認をお願いします。

7 その他

労 災 訪 問 看 護 費 用 審 査 点 検 等 事 務 取 扱 手 引

(平成23年度版)

厚生労働省労働基準局

労災訪問看護費用請求書審査点検等事務取扱手引

目 次

凡 例	-----	1
I 訪問看護費用請求業務の概要	-----	2
1 訪問看護費用の目的	-----	2
2 費用の請求	-----	2
3 訪問看護費用請求等審査点検業務の流れ	-----	3
II 訪問看護費用請求書等受付業務 (監督署)	-----	4
1 労災保険訪問看護費用請求書等 及び療養(補償)給付たる療養の 費用請求書の提出先	-----	4
2 受付印押印	-----	4
3 受付簿の作成	-----	4
4 受付後事務処理	-----	5
III 審査点検業務	-----	7
1 労働局への送付(監督署)	-----	7
2 審査点検(労働局)	-----	7
3 審査点検後事務処理(労働局)	-----	8
4 審査点検の検証	-----	9
IV 審査点検後処理	-----	10
請求書等の監督署への送付	-----	10
V その他	-----	10
請求書の管理・保管	-----	10
VI 様式集	-----	11

凡 例

- 本手引の用語等の引用については、概ね次の略語を用いた。

略 称	名 称 等
内訳書・レセプト	労災保険訪問看護費用請求内訳書の呼称
請求書	労災保険訪問看護費用請求書
訪問看護請求書等・請求書等	労災保険訪問看護費用請求書及び労災保険訪問看護 費用請求内訳書をまとめたの呼称
指定訪問看護事業者	労働局長から指定を受けている訪問看護事業者
非指定訪問看護事業者	労働局長から指定を受けていない訪問看護事業者

I 訪問看護費用請求業務の概要

1 訪問看護費用の目的

(1) 指定手続き

労災保険法施行規則第11条第1項の規定により指定を受けようとする看護事業者は、その事業所（訪問看護ステーション）ごとに所轄労働局長あてに所定の申請書を提出して「労災保険指定訪問看護事業者」の指定を受ける。

(2) 訪問看護の対象者

傷病労働者が訪問看護を受けようとする場合には、業務上の事由又は通勤による傷病により療養中のものであって、次の要件を満たさなければならない。

- ① 傷病労働者が、重度のせき髄・頸髄損傷患者及びじん肺患者等、病状が安定又はこれに準ずる状態にあること。
- ② 傷病労働者が療養上、居宅における療養上の世話及び必要な診療の補助を必要としている者であること。
- ③ 傷病労働者の診療を担当した医師が訪問看護を必要と認め、訪問看護事業者に対し指示しているものであること。

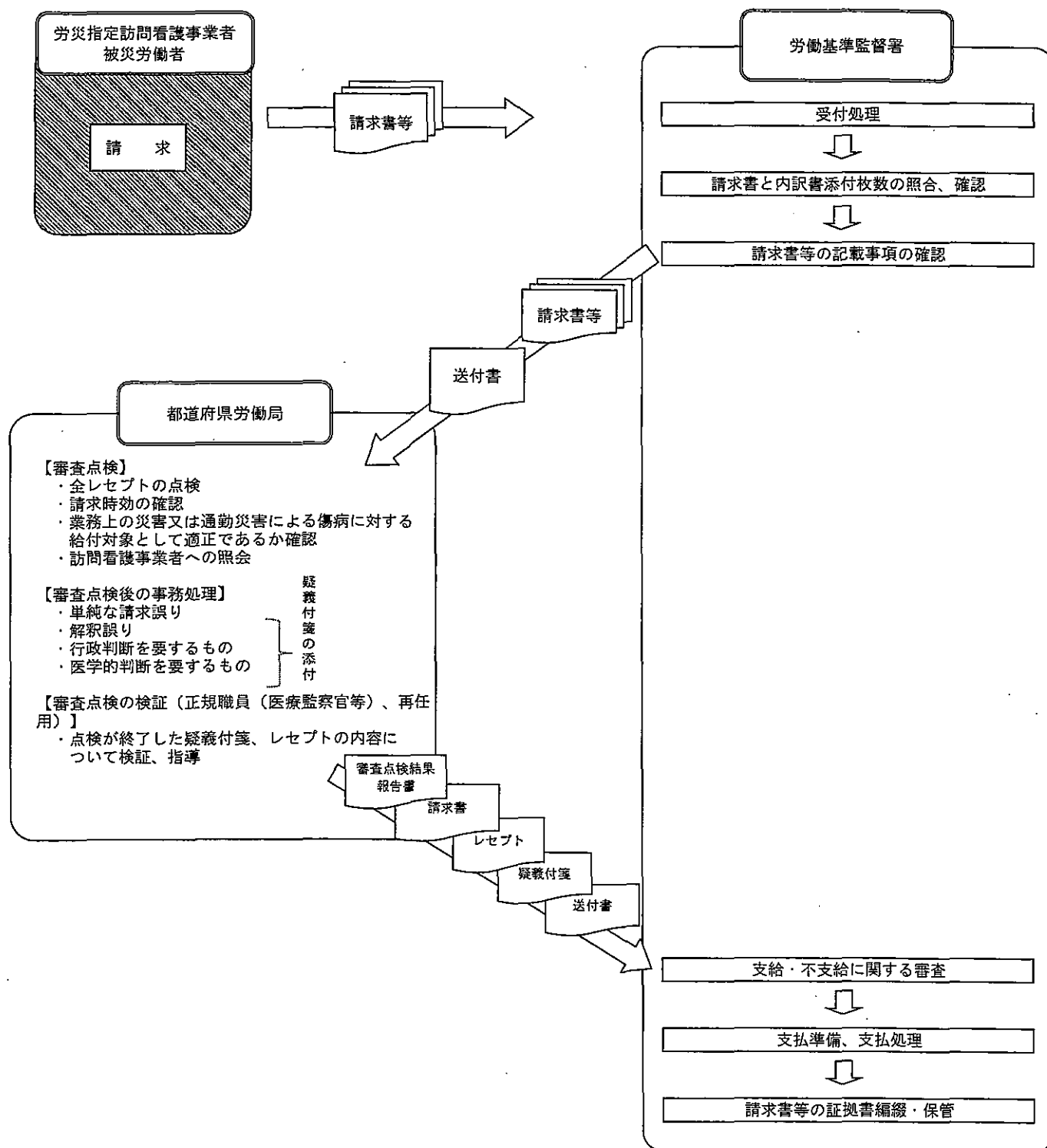
2 費用の請求

指定訪問看護事業者が、傷病労働者に対して訪問看護を行った場合の費用は、毎月分につき「労災保険訪問看護費用請求書」に「労災保険訪問看護費用請求内訳書」及び主治医から交付された「訪問看護指示書」の写しを添付して、当該傷病労働者の所属する事業場を管轄する労働基準監督署に翌月10日（閉庁日の場合は先送り）までに提出する。

なお、傷病労働者から提出された「療養の給付請求書」は、当該傷病労働者に係る1回目の費用請求の際に、その請求内訳書に添付して提出する。

また、訪問看護費用の算定は、健康保険における「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の別表「指定訪問看護の費用額算定表」により算定する。

3 訪問看護費用請求書等審査点検業務の流れ



Ⅱ 訪問看護費用請求書等受付業務(監督署)

1. 労災保険訪問看護費用請求書等及び療養(補償)給付たる療養の費用請求書の提出先

訪問看護請求書は、指定訪問看護事業者から傷病労働者の所属事業場の所在地を管轄する監督署(以下「所轄署」という。)に提出させること。

非指定訪問看護事業者により訪問看護を受けた場合に傷病労働者から請求される療養(補償)給付たる療養の費用請求書についても所轄署に提出させること。

2. 受付印押印

所轄署は、指定訪問看護事業者から訪問看護請求書等が提出された場合、所定の受付日付印を請求書の受付印欄に押印すること。

なお、訪問看護費用請求書等が、提出締切日である毎月10日(閉庁日の場合は先送り)を過ぎて提出された場合は、原則として翌月の審査案件とすること。

受付日付印は、請求書等の時効期限等に関して重要な意味を持つので、請求書等が提出された場合は、記載内容の不備の有無に関わりなく直ちに押印すること。

3. 受付簿の作成

(1) 指定訪問看護事業者

所轄署は、「療養の給付請求書・診療費請求処理簿(診様式第10号)」に必要項目を記載すること。

この際、様式の「指定病院等名称」欄には指定訪問看護ステーションの名称を、「診療費内訳書」欄には訪問看護費用請求内訳書の受付件数を、それ以外の項目は診療費と同様の内容を記載すること。

(2) 非指定労災訪問看護事業者

所轄署は、被災労働者から「療養(補償)給付たる療養の費用請求書」を受理した時は保険給付請求書処理簿に整理番号、受付年月日、労働保険番号及び請求人氏名について記入すること。この場合、保険給付請求書処理簿の「収受番号」の欄には整理番号を、また「収受年月日」の欄には受付年月日をそれぞれ記入すること。

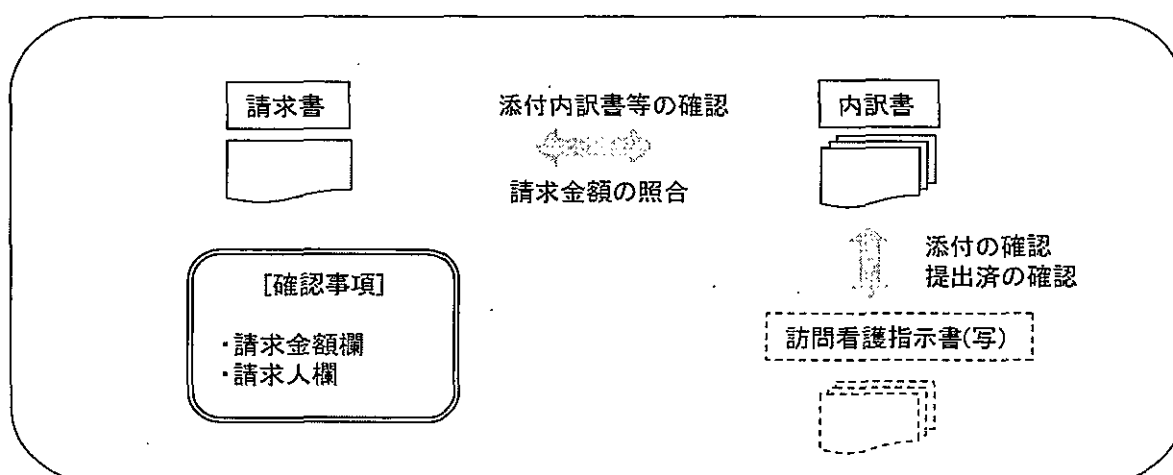
ただし、不備返戻した療養の費用請求書を再受付した場合には、再度記載する必要はないこと。

4. 受付後事務処理

(1) 請求書と内訳書添付枚数の照合、確認

請求書、内訳書、訪問看護指示書の写しが提出されるので、請求書の「____ほか____名」欄の合計数と内訳書枚数が一致しているか否かを確認すること。

また、各内訳書に訪問看護指示書の写しが添付されているか確認する。添付が無い場合でも、当該月を含めた指示期間のものが既に提出済である場合があるので、これを確認すること。



(2) 請求書等の記載事項の確認

ア 請求金額の確認

請求書の「請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「請求金額」欄の合計が一致しているか否かを確認する。

イ ア以外の記載に係る確認

請求書

請求年月日、請求人の欄（記名押印又は署名）等にもれがないか、確認すること。

内訳書

訪問看護ステーションの名称、労働者の氏名、労働保険番号又は年金証書番号、労働者の生年月日、負傷発病年月日、その他必要な項目について記入もれがないか、確認すること。

(3) 不備返戻について

請求書の「請求金額」欄に記載されている金額と、添付されたすべての内訳書の「請求金額」欄の合計が一致しないもの、記名であるにもかかわらず請求人印・証明印等がもれているもの又は請求内容の著しい誤り等補正し難いものは、「請求書等不備返戻整理簿（以下「返戻整理簿」という。）」〔医第4号〕に記入し労働基準監督署長の決裁を受け、「請求書等の内容の不備返戻について」〔医第3号〕を請求書に添えて不備返戻を行うこと。

その際、請求書等と「請求書等の内容の不備返戻について」の写しを、処理が完結するまで保管すること。

処理が完結した際は、返戻整理簿に労働基準監督署長の決裁を受けること。

(4) 補正について

請求書に記載された内訳書の添付枚数が一致しないもの、請求書・内訳書の金額以外の軽微な記載誤り等、指定訪問看護事業者に電話照会等によって補正（差し替え含む。）ができるものについては、返戻することなく処理し、不備返戻はできる限り行わないようにする。

電話照会等により補正が行われた際には、各該当用紙の余白に「確認月日、指定訪問看護事業者担当者名、補正項目と理由」を記載のうえ、照会を行った担当者名を明記する。

Ⅲ 審査点検業務

1. 労働局への送付（監督署）

所轄署は、上記Ⅱの受付時の確認等により、必要な補正等を行った上で、請求書、内訳書、訪問看護指示書の写しを、「療養の給付請求書・診療費請求処理簿」の写しを送付表として、労働局に送付すること。

2. 審査点検（労働局）

- (1) 「療養の給付請求書・診療費請求処理簿」の写しと送付された請求書等の内訳、枚数を確認し、もれがないか確認すること。
- (2) 全レセプトの「全項目」について審査点検を行うこと。
- (3) 請求時効の確認を行うこと。

訪問看護費用の請求権の消滅時効は、民法第170条第1号の規定によって3年とされているため、看護日の属する月の翌月の初日から起算して3年を経過した診療費については、請求権を失うこととなる。

よって、請求書の受付日付印と内訳書の療養期間とを照合し、時効を過ぎていると思われるものについては、指定訪問看護事業者を確認すること。

- (4) 訪問看護事業者への電話による照会

簡易な事項から医学的な事項を含め、まとめて照会すること。

照会の結果、補正を行う際には、各該当用紙の余白及び疑義付箋に「確認月日、訪問看護事業者担当者名、補正項目と理由」を記載の上、照会を行った担当者名を明記すること。

なお、指定訪問看護事業者に対する電話照会にあたって、医学専門的な事項に関する照会の場合は、労災医療について相当程度の知識と経験を有する担当者が行う等、相手方との無用なトラブルが起こらないよう配慮すること。

3. 審査点検後事務処理（労働局）

- （１） 疑義事項の全てについて疑義付箋を作成すること。
- （２） 疑義が解消した場合には、以下のとおり疑義付箋及びレセプトに正しい内容を記載すること。

単純な請求誤り・・・計算誤り、単純な請求誤りについては、疑義付箋〔医第６－１号又は６－３号〕に、正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

解釈誤り・・・訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の手引等により判断可能な解釈上の誤りについては、疑義付箋〔医第６－１号又は６－３号〕に正しい内容、根拠、増減額等を記入するとともに、レセプトに正しい内容の記載を行うこと。

行政判断を要するもの・・・労災診療費算定基準の算定要件について個別の行政判断によって結論を出すものについては、疑義付箋〔医第６－１号又は６－３号〕に疑義内容、根拠等を記載すること。

医学的判断を要するもの・・・労災診療費算定基準の算定要件について医学的判断を要するもので、疑義付箋〔医第６－２号又は６－３号〕に疑義内容、根拠等を記載すること。

疑義付箋記入の際の留意事項

- ① 疑義とした根拠を明確に記載すること。
- ② 必要に応じ、根拠とした資料本の名称、頁等を記入すること。
- ③ 単純な請求誤り及び解釈誤りによるものは修正内容を記載するが、その際必要に応じて計算式を記入すること。
- ④ 短文で簡潔にもれなく記入すること。

4. 審査点検の検証

上記3の疑義付箋及びレセプトの修正内容について、正規職員（医療監察官等）及び再任用職員による検証を行うこと。

- (1) 「単純な請求誤り」及び「解釈誤り」については、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕の審査点検内容、根拠、増減額等を確認するとともに、レセプトに正しい内容が記載されているか検証すること。

なお、誤り等がある場合には疑義付箋に赤字等で修正を行うとともにレセプトに改めて正しい内容を記載すること。

- (2) 「行政判断を要するもの」については、内容を検証し、必要に応じて疑義付箋に指示内容を記載すること。

調査等が必要な事案については、労働局で行うものと監督署で行うものとに整理し、速やかに照会等を行うこと。

- (3) 「医学的な判断を要するもの」については、レセプト、疑義付箋〔医第6－1号又は6－3号〕、「請求内容の照会について（以下「照会状」という。）」〔医第9－1号及び9－2号〕、その他医学的文献資料等を添付して、労災補償課長の決裁を受けること。

- (4) 指定訪問看護事業者への照会中の事由で疑義が解決しないレセプトについては、処理が確定するまで疑義付箋及び請求書(写し)とともに保管すること。

このため、監督署送付用に当該レセプト及び疑義付箋の写しを作成すること。

なお、回答を得た場合は、疑義付箋に結果を記入し、必要に応じてレセプトの修正及び支払額の記入を行うこと。

- (5) 訪問看護事業者への文書による照会（労働局が行う場合）

ア 文書により照会する場合は、提出期限を定め、「指定医療機関等への照会整理簿（以下「照会整理簿」という。）」〔医第10号〕に労災補償課長の決裁を受けた上で行うこと。

その際、照会状（「請求内容の照会について」〔医第9－1号〕）とレセプトの写しを作成し、照会整理簿に編綴すること。

イ 照会に対する回答〔医第9－2号〕を得た場合は、照会整理簿に必要項目を記入の上、併せて、労災補償課長の決裁を受けること。

ウ 指定訪問看護事業者からの回答が提出期限を過ぎても得られない場合は、適宜、督促を行うとともに、経過について疑義付箋及び照会整理簿に記入すること。これによっても提出が得られない場合は、労災補償課長の決裁を受けた上で、「請求内容の照会について（督促）」〔医第9－3号〕により行うこと。

IV 審査点検後処理

請求書等の監督署への送付

- (1) 「審査点検結果報告書（以下「報告書」という。）」「〔医第12-2号〕」を作成し、労災補償課長の決裁を受けた上で、写しを作成し保管すること。
- (2) 送付書については、監督署からの請求書等送付時に添付されていた送付書の写しを作成し、これを送付書とすること。
なお、送付書は報告書（写）とともに保管すること。
- (3) 請求書等、疑義付箋及び送付書を報告書に添えて監督署に送付すること。
なお、文書照会に対する照会状（回答）がある場合は、併せて送付すること。
- (4) 照会中の事案については、レセプト（写）に疑義付箋（写）を添付し、「照会中」であることが判るようにしたうえで、送付書にも照会中の事案がある旨を明記する。
また、不備返戻中により、請求書の請求金額の修正が必要となる事案がある場合も、送付書に記載すること。

V その他

請求書等の管理・保管

請求書等は国の支出計算書付属証拠書となる重要な書類であることから、紛失等の事故がないよう、その管理・保管については、万全を期する必要がある。

VI 様式集

審査点検等業務関係様式 (訪問看護関係各種様式)

様式番号	様式名称	項目	用途
医第3号	請求書等の内容の不備返戻について	(各請求書共通)	請求書等の記載に不備があり、修正を指示する様式
医第4号	請求書等不備返戻整理簿	(各請求書共通)	請求書等の不備について返戻の処理経過を管理する処理簿 ※不備返戻の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第6-1号	疑義付箋（審査点検用）	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第6-3号	疑義付箋	(各請求書共通)	審査点検において疑義に挙げた案件及び審査委員会に付託する事案等の疑義内容及び結果等を記載する様式 ※疑義とした件数の「単純な請求誤り」「解釈誤り」「行政判断」及び「医学的判断」を増・減別に記載する。
医第9-1号	請求内容の照会について	(訪問看護)	審査点検の中での請求内容の疑義について照会する様式
医第9-2号	請求内容の照会について(回答)	(訪問看護)	照会に対する医療機関からの回答様式 ※医第9-1号に添付のうえ、送付すること。
医第9-3号	請求内容の照会について(督促)	(訪問看護)	照会に対する回答のない訪問看護事業者への督促様式
医第10号	指定医療機関等への照会整理簿	(各請求書共通)	医療機関等への照会の処理経過を管理する処理簿 ※医療機関等へ照会の際は労災補償課長の決裁を受け処理すること。処理が終了した場合は「確認印」欄に労災補償課長の確認印を受けること。
医第12-2号	審査点検結果報告書	(訪問看護)	監督署へ送付する様式

医第3号

整 理 番 号	第 号	平成 年 月 日
殿 労働局労働基準部 労災補償課長 請求書等の内容の不備返戻について さきに貴殿から提出された別紙の請求書等は、下記の理由（○印）により返戻します。再提出が必要な場合は、至急お調べのうえ、折り返し送付して下さい。 記 1. 返戻依頼による 2. 重複請求のため 3. 請求書の金額誤りのため 4. その他		

- 注意 ○ 再提出の際には、この付箋を必ず添付して下さい。
- 特に説明を要する場合は、別紙に記入して提出して下さい。
- 請求書等の訂正箇所には必ず訂正印を押して下さい。

※ 不備返戻文書の控に請求書等の写しを添付して整理簿に編綴する。

疑義付箋（審査点検用）

（ 診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診 ）

労働者氏名	[年 月分]	指定医療機関等番号又は指定医療機関等名	請求金額
	(歳)		円

コード	番号	審査点検 疑義事項等									
		A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他				担当者		検証担当者			
		*2 単純な請求誤		*3 解釈誤		*4 行政判断		*5 医学的判断			
*1 疑義件数	増額 件 減額 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
*6 医療担当責任者了承		増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件	増 減 件
結果	A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義的不確										

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2から* 5は* 1の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2単純な請求誤」、「* 3解釈誤」、「* 5医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5の各件数のうち* 2及び* 3は疑義内容どおり了承されたもの、* 4及び* 5は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第6－2号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G:疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1 疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

疑 義 付 箋

(診療費 ・ 薬剤費 ・ アフターケア ・ 訪問看護 ・ 二次健診)

労働者氏名		[年 月分] (歳)		指定医療機関等番号又は指定医療機関等名				請求金額 円	
傷 病 名									
審 査 点 検				担当者				検証担当者	
A : 算定可 B : 算定不可 C : 照会 D : その他									
*1 疑義件数 増額 件 減額 件				*2 単純な請求誤		*3 解釈誤		*4 行政判断	
				増 減 件		増 減 件		増 減 件	
*6 医療担当責任者了承				増 減 件		増 減 件		増 減 件	
審 査 委 員 会									
審査結果		イ:適正 ロ:照会 ハ:査定(A:不適応 B:過剰 C:重複 D:私病 E:その他)						担当委員	
結 果		A : 支払可 B : 査定 C : 審査委員会付託 D : 文書照会 E : 保留 F : 指導 G : 疑義不的確							

疑義付箋記載要領

- * 1 審査点検において、減額（又は増額）と考えられる件数を記入する。
- * 2 から * 5 は * 1 の内数とする。
 - * 2 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に記載された点数、金額の転記誤り、計算誤り等に係る件数を記入する。
 - * 3 労災診療費算定基準（診療報酬点数表及び調剤報酬点数表を含む）に明確な算定要件が記載されているものに、その要件の解釈を誤って算定しているものに係る件数を記入する。
 - * 4 診療費審査委員会に付託することなく、労働局の判断により結論が出されたものの件数を記入する。（「* 2 単純な請求誤」、「* 3 解釈誤」、「* 5 医学的判断」以外のもの）
 - * 5 診療費審査委員会等の意見を求めて結論が出されたものの件数を記入する。
- * 6 * 2 * 3 * 4 * 5 の各件数のうち * 2 及び * 3 は疑義内容どおり了承されたもの、* 4 及び * 5 は疑義内容、根拠が的確に記載されているもの（医第 6－2 号審査委員会用疑義付箋を作成する場合は、その時点において具体的に疑義内容が書かれている場合も含む。）の件数を記入する。査定したか否かの結果によるものではなく、審査結果において「G: 疑義不的確」（ピントがはずれている。内容根拠が不十分。）以外の件数を記入する。

また、医療担当責任者は、疑義事項等の欄の記載内容に、修正を要する箇所がある場合には、直接見直しにより修正を行うこと。
- 訪問看護費用の審査点検結果については「* 1 疑義件数」の増額件数及び減額件数のみ記入する。

注) 診療費審査委員会に全レセプトをかけている場合は、当分の間、疑義として上げた件数のうち「単純な請求誤」及び「解釈誤」を除いた件数を「医学的判断」に計上すること。

なお、診療費審査委員会に全レセプトをかけているが、かける時点で明確に「医学的判断」事案として把握できている場合は、その件数を「医学的判断」に計上すること。

医第9-1号

第 号
平成 年 月 日

訪問看護ステーション代表者 殿

労働基準監督署長

請求内容の照会について

月 日に請求のありました労災訪問看護費用の請求内容の内、下記の事項が審査に当たって必要ですので、ご多忙中恐縮ですが、月 日までに報告頂きますようお願い致します。

記

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
依頼事項			
		担当者名	印

医第9-2号

第 平成 年 月 日 号

労働基準監督署長 行

訪問看護ステーション
代表者 印

請求内容の照会について(回答)

今般、照会のありました件について、下記のとおり報告します。

労働者氏名		生年月日	
傷病名			
傷病年月日		診療年月	
報告内容			
		担当者	

医第9-3号

第 号

平成 年 月 日

訪問看護ステーション代表者 殿

労働基準監督署長

請求内容の照会について(督促)

月 日付けで照会しました労働者 に係る労災訪問看護費用の請求内容の照会につきまして、未だ回答の提出がされておられません。

審査のために必要がありますので、 月 日までにご回答頂きますようお願いいたします。

なお、既に回答を提出頂いております場合は、ご容赦ください。

指定医療機関等への照会整理簿（診・薬・ア・訪・二）（平成 年度分）

整理番号	照会状 様式番号	受付日	指定医療機関等		労働者名	処理日		担当者	検証担当者	備 考	完結 確認印 (検証担当者)
			番号	名称		照 会	回 答				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				
	7号・8号	/				/	/				

*照会文書の控にレセプト等の(写)を添付すること。

医第 12-2 号

審 査 点 検 結 果 報 告 書

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

労働局労働基準部

労災補償課長

平成 年 月分の労災訪問看護費用請求書等の審査点検結果を下記のとおり報告します。

記

審査点検内訳書件数 件

疑義付箋添付件数 件